



HAL
open science

La prévention bucco-dentaire chez les enfants de 0 à 6 ans : questionnaire auprès des médecins généralistes et des pédiatres

Éloïse Delobelle

► **To cite this version:**

Éloïse Delobelle. La prévention bucco-dentaire chez les enfants de 0 à 6 ans : questionnaire auprès des médecins généralistes et des pédiatres. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04182539

HAL Id: dumas-04182539

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04182539>

Submitted on 17 Aug 2023

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

Année 2023

N°

**La prévention bucco-dentaire chez les enfants de
0 à 6 ans : questionnaire auprès des médecins
généralistes et des pédiatres.**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

DELOBELLE Eloïse

Le 2 juin 2023 devant le jury ci-dessous

Président : Pr LOPEZ Serena

Assesseur : Dr JORDANA Fabienne

Assesseur : Dr EVRARD Lucas

Directeur de thèse : Pr ALLIOT-LICHT Brigitte

 Nantes Université	<u>Présidente</u> Pr. BERNAULT Carine
 Pôle Santé UFR Odontologie	<u>Doyen</u> Pr. SOUEIDAN Assem
	<u>Assesseurs</u> Pr GAUDIN Alexis Pr LE GUEHENNEC Laurent Pr LESCLOUS Philippe
<u>Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers</u>	
ALLIOT-LICHT Brigitte AMOURIQ Yves CHAUX Anne-Gaëlle GAUDIN Alexis LABOUX Olivier LE GUEHENNEC Laurent	LESCLOUS Philippe LOPEZ Serena PEREZ Fabienne SOUEIDAN Assem WEISS Pierre
<u>Professeur des Universités</u>	
BOULER Jean-Michel	
<u>Maître de conférences</u>	
VINATIER Claire	
<u>Professeur Emérite</u>	
GIUMELLI Bernard	
<u>Enseignants Associés</u>	
GUIHO Romain (Professeur Associé) LOLAH Aoula (MCU Associé) MAITRE Yoann (MCU Associé)	IDIRI Katia (Assistante Associée)
<u>Maîtres de conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers</u>	<u>Chef de Clinique des Universités - Assistant des Hôpitaux</u>
AMADOR DEL VALLE Gilles ARMENGOL Valérie BLERY Pauline BODIC François CLOITRE Alexandra DAJEAN-TRUDAUD Sylvie ENKEL Bénédicte HOORNAERT Alain HOUCHMAND-CUNY Madline JORDANA Fabienne LE BARS Pierre NIVET Marc-Henri PRUD'HOMME Tony RENARD Emmanuelle RENAUDIN Stéphane RETHORE Gildas SERISIER Samuel STRUILLOU Xavier VERNER Christian	BLEU Oriane CLOUET Roselyne EVRARD Lucas GUILLEMIN Maxime HASCOET Emilie HEMMING Cécile HIBON Charles IBN ATTYA Zakarie OYALLON Mathilde QUINSAT Victoire Eugenie PREVOT Diane REMAUD Thomas
<u>Praticiens Hospitaliers</u>	
DUPAS Cécile	HYON Isabelle

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur LOPEZ Serena

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes Habilitée à Diriger les Recherches

Chef du Département d'Odontologie Pédiatrique

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.

Je tiens à vous remercier pour vos précieux conseils et votre participation active à la rédaction de cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude et de mon respect.

A Madame le Docteur JORDANA Fabienne

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des Centres de Soins
d’Enseignement et de Recherches Dentaires

Docteur de l’Université de Bordeaux Habilitée à Diriger les Recherches

Département de Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux,
Biophysique, Radiologie

- NANTES –

Pour m’avoir fait l’honneur et le plaisir de siéger au sein de ce jury de thèse.

Pour la qualité de vos enseignements et pour votre sympathie durant ces années de clinique.

Veillez trouver ici mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le Docteur EVRARD Lucas

Assistant Hospitalier Universitaire des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche
Dentaires
Département d'Odontologie Pédiatrique

- NANTES -

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury.

*Pour tes conseils et ta bonne humeur ainsi que pour toute l'aide apportée depuis mon arrivée
en clinique.*

Trouve ici le témoignage de toute ma gratitude et de ma sympathie.

A Madame le Professeur ALLIOT-LICHT Brigitte

Professeur des Universités – Praticienne Hospitalière des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes Habilitée à Diriger les Recherches

Département de Sciences Biologiques

- NANTES –

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse.

Pour m'avoir guidée avec beaucoup de bienveillance, pour votre implication et votre réactivité tout au long de la rédaction de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de tout mon respect et de ma reconnaissance.

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

AAP : American Academy of Paediatrics

AAPD : American Academy of Paediatric Dentistry

AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (ancien terme pour désigner l'ANSM)

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CAOD : nombre de Dents Cariées, Absentes pour cause de carie ou Obturées

CEOP : Collège des Enseignants en Odontologie Pédiatrique

CPE : Carie Précoce de l'Enfance

EAPD : European Academy of Paediatric Dentistry

HAS : Haute Autorité de Santé

ICDAS : International Caries Detection and Assessment System

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RCI : Risque Carieux Individuel

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SFOP : Société Française d'Odontologie Pédiatrique

SFP : Société Française de Pédiatrie

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

TABLE DES MATIERES

I. Introduction	11
1. Épidémiologie.....	11
2. Les dents temporaires	11
3. La carie précoce de l'enfance, facteurs déterminants et conséquences	12
4. La réversibilité des lésions carieuses initiales	13
5. Le rôle des médecins généralistes et des pédiatres dans la prévention bucco-dentaire .	13
II. L'étude via un questionnaire	14
1. Objectifs	14
2. Matériel et méthodes.....	14
3. Résultats	16
3.1. Caractéristiques démographiques de l'échantillon	16
3.1.1. La spécialité.....	16
3.1.2. L'âge	16
3.1.3. Le genre.....	17
3.1.4. Le lieu d'exercice	17
3.2. Réponses aux questions	18
3.2.1. Suivez-vous des enfants de moins de 6 ans dans votre patientèle ?.....	18
3.2.2. Évaluez-vous le risque carieux chez les enfants de 0 à 6 ans ?.....	19
3.2.3. Quel que soit le risque carieux, conseillez-vous aux parents d'emmener leur enfant (0-6 ans) chez un chirurgien-dentiste ?	22
3.2.4. Faites-vous de la prévention bucco-dentaire par rapport aux habitudes alimentaires ?.....	24
3.2.5. Faites-vous de la prévention au sujet des méthodes d'hygiène bucco-dentaire ?	26
3.2.6. Avez-vous connaissance des recommandations de l'AFSSAPS d'octobre 2008 sur la prescription systémique de fluor dans la prévention de la carie dentaire ?	29
3.2.7. Avez-vous connaissance des recommandations de l'UFSBD d'octobre 2019 sur l'utilisation de dentifrice fluoré dans la prévention de la carie dentaire ?	30
3.2.8. Informez-vous les parents qu'il est possible de transmettre des bactéries cariogènes à leur enfant (en léchant la cuillère de l'enfant, la tétine, ...) ?.....	32
3.2.9. Pensez-vous que la prévention bucco-dentaire soit un rôle qui incombe au pédiatre et au médecin généraliste ?	33
3.2.10. Seriez-vous intéressé(e) par un outil simple d'aide à la prévention bucco-dentaire chez les enfants de 0 à 6 ans ?.....	33

4.	Discussion	34
4.1.	Les résultats importants du questionnaire	34
4.1.1.	L'évaluation du risque carieux individuel.....	34
4.1.2.	La première visite de l'enfant chez un chirurgien-dentiste.....	34
4.1.3.	L'hygiène alimentaire et bucco-dentaire.....	34
4.1.4.	Le fluor en systémique.....	35
4.1.5.	La transmission croisée parents-enfant.....	35
4.1.6.	L'intérêt pour la prévention bucco-dentaire.....	36
4.2.	Limites du questionnaire	36
4.3.	Axes d'amélioration.....	36
4.4.	Proposition d'un outil d'aide à la prévention bucco-dentaire chez les enfants de 0 à 6 ans pour les médecins généralistes et les pédiatres	37
III.	Conclusion	41
	BIBLIOGRAPHIE	42
	LISTE DES FIGURES	45
	ANNEXES	46

I. Introduction

L'OMS définit la santé bucco-dentaire comme étant « l'état de la bouche, des dents et des structures orofaciales qui permet aux individus d'effectuer des fonctions essentielles, telles que manger, respirer et parler, et englobe des dimensions psychosociales comme la confiance en soi, le bien-être et la capacité de créer des liens sociaux et de travailler sans douleur, inconfort ou gêne ». (1)

1. Épidémiologie

Au niveau mondial, les maladies et affections bucco-dentaires font partie des maladies non transmissibles les plus répandues avec 3,5 milliards de personnes touchées, et une prévalence moyenne de caries des dents temporaires estimée à 43%. (1)

Depuis 20 ans en France, une amélioration de la santé bucco-dentaire est observée, cependant il existe de grandes inégalités socio-économiques. En effet, 20 à 30% des enfants concentrent 80% des caries et un lien a été établi entre la présence de caries chez les enfants de moins de 6 ans et la précarité (faible niveau d'étude de la mère, niveau socio-économique du foyer faible). (2) (3)

2. Les dents temporaires

Les dents temporaires, aussi appelées « dents déciduales » ou « dents de lait » commencent leur éruption autour des 6 mois de l'enfant (avec l'arrivée en bouche des incisives centrales mandibulaires), puis se poursuit jusqu'à 20 à 30 mois avec l'éruption des deuxièmes molaires. Les dents temporaires sont ensuite remplacées par les dents permanentes. Les premières molaires permanentes font leur éruption aux 6 ans de l'enfant.

Les dents temporaires présentent des différences par rapport aux dents permanentes. Elles sont recouvertes d'une couche d'émail plus fine (1mm) qui s'use plus rapidement que l'émail des dents permanentes. La dentine est moins dense et son épaisseur est réduite car la chambre pulpaire occupe un volume important, les cornes pulpaires sont souvent plus proéminentes que celles des dents permanentes et il existe de nombreux canaux pulpo-parodontaux en particulier au niveau du plancher pulpaire des molaires.

Les racines sont proportionnellement plus longues, plus effilées et présentent des apex plus pointus que les racines des dents permanentes. (4)

A la vue de ces caractéristiques morphologiques et physiologiques, il est aisé de comprendre que les dents temporaires sont particulièrement sensibles à la carie et à ses complications. La faible épaisseur des tissus durs (émail et dentine) et le volume pulpaire proportionnellement large rend la progression de la carie et l'atteinte pulpaire plus rapide, ce qui peut entraîner des complications inflammatoires et infectieuses.

Ces complications peuvent entraîner l'avulsion de la dent temporaire atteinte, ce qui n'est pas sans conséquences. En effet, l'avulsion précoce de dents temporaires peut entraîner :

- Une modification des rapports interdentaires
- Une malocclusion
- Une diminution de l'espace mésio-distal
- Un retard d'éruption des dents successives. (5)

3. La carie précoce de l'enfance, facteurs déterminants et conséquences

La carie précoce de l'enfance (CPE) est définie par l'AAPD (American Academy of Paediatric Dentistry) à l'aide de l'indice CAOD qui correspond au nombre de dents Cariées, Absentes pour cause de carie ou Obturées. Un enfant est atteint de CPE si son CAOD est supérieur ou égal à 1 avant l'âge de 6 ans. (6)

Anciennement appelé « syndrome du biberon » sous sa forme la plus sévère, c'est maintenant le terme de carie précoce de l'enfance qui est utilisé car les déterminants de cette maladie sont nombreux.

En effet, il s'agit de la rencontre de plusieurs facteurs tels que la susceptibilité de l'hôte, la flore cariogène, une alimentation contenant des sucres fermentescibles, mais également l'environnement dans lequel évolue l'enfant. (7)

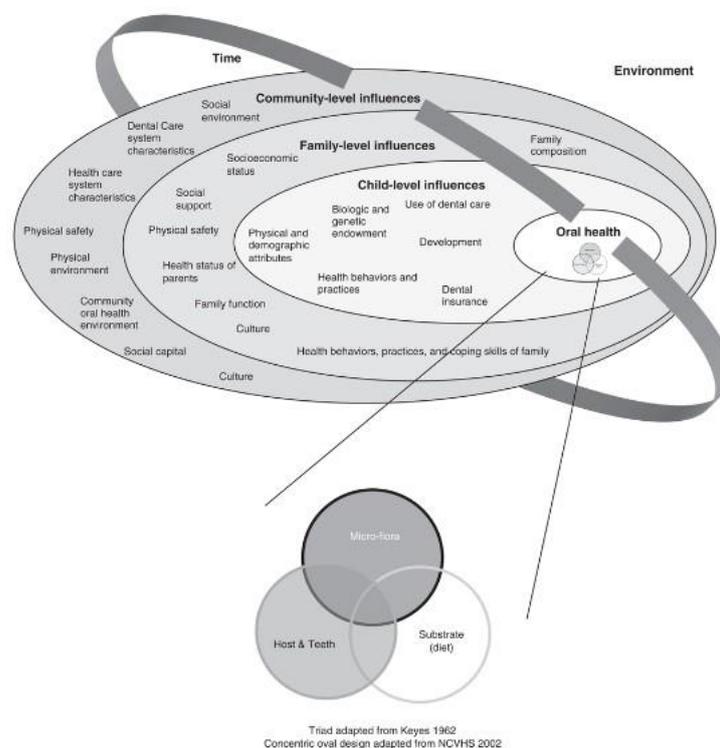


Figure 1. Représentation des déterminants de la carie dentaire selon le modèle conceptuel de Fisher-Owens (7)

La carie dentaire correspond à une déminéralisation des tissus dentaires dans un contexte d'acidité due à la production locale d'acides organiques par des bactéries cariogènes. (3)

Il existe une méthode visuelle de détection des caries étudiée aux Etats-Unis en 2005 qui est le système international de détection et d'évaluation des caries. La classification ICDAS expose 7 catégories selon le degré d'atteinte carieuse :

- 0 : dent saine
- 1 : tâche blanche / brune dans l'émail sec
- 2 : tâche blanche / brune dans l'émail humide
- 3 : micro-cavité au niveau de l'émail, sans exposition dentinaire

- 4 : ombre de dentine foncée visible à travers l'émail, avec ou sans micro-cavité
- 5 : cavité distincte dans l'émail, avec exposition dentinaire
- 6 : cavité extensive dans l'émail (au moins la moitié de la surface dentaire, avec possibilité d'atteinte pulpaire), avec exposition dentinaire. (8)

A ces différents stades de progression correspondent différentes thérapeutiques. (9)

Il existe de nombreuses complications chez les enfants atteints de caries précoces :

- La pulpite pouvant s'accompagner de douleurs aiguës parfois spontanées et insomniantes
- La nécrose pulpaire, complication infectieuse pouvant avoir des répercussions sur le germe de la dent permanente sous-jacente et parfois provoquer une altération de l'état général de l'enfant
- Les destructions coronaires des dents antérieures, notamment les incisives maxillaires qui sont les premières dents touchées (4), peuvent entraîner des troubles de la phonation, de la déglutition, un proglissement mandibulaire due à l'absence de calage antérieur ainsi que des préjudices esthétiques pouvant engendrer des problèmes psychologiques et relationnels chez l'enfant
- Les difficultés à dormir et à se nourrir peuvent entraîner un retard de croissance et de développement général et donc impacter la qualité de vie
- La multitude de soins à réaliser ou leur complexité selon le contexte peut nécessiter une anesthésie générale. (10)

4. La réversibilité des lésions carieuses initiales

L'augmentation des connaissances concernant la dynamique de déminéralisation et de reminéralisation des tissus dentaires a conduit au consensus suivant : la destruction dentaire par les bactéries est un processus qui peut être arrêté et même à un certain degré inversé grâce aux fluorures et autres méthodes préventives.

La réversibilité ou même la guérison de lésions carieuses initiales a été largement observée dans plusieurs études, à condition que la détection de ces lésions soit précoce. (11)

5. Le rôle des médecins généralistes et des pédiatres dans la prévention bucco-dentaire

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande l'implication des professionnels de santé tels que les chirurgiens-dentistes, les médecins généralistes, les pédiatres, les services de protection maternelle et infantile (PMI), dans l'information et l'éducation des parents quant aux mesures de prévention bucco-dentaire.

Entre 6 mois et 2 ans, il est, en effet, primordial qu'un de ces professionnels de santé de la petite enfance réalise un bilan des facteurs de risques carieux de l'enfant et fasse de l'éducation thérapeutique de prévention des caries. (3)

Le plan national de prévention bucco-dentaire mis en place en novembre 2005 par le Ministre de la santé, à l'attention des enfants de 6 à 18 ans, a été étendu en 2018 aux enfants de 3 ans et aux jeunes de 24 ans. Dans ce cadre, l'Assurance Maladie, par le programme M'T dents, offre une première visite gratuite chez le chirurgien-dentiste aux 3 ans de l'enfant et une seconde à 6 ans. (12)

II. L'étude via un questionnaire

1. Objectifs

Une étude descriptive via un questionnaire a été réalisée dans le but de connaître les pratiques et les connaissances en matière de prévention bucco-dentaire pour les enfants de 0 à 6 ans dans les cabinets libéraux de médecine générale et de pédiatrie.

En effet, il existe 17 examens obligatoires pour les enfants entre la naissance et le sixième anniversaire, examens qui doivent être réalisés par un médecin généraliste ou un pédiatre en cabinet libéral, en centre de santé ou, jusqu'à 6 ans, en PMI (protection maternelle et infantile). (13)

Le tableau ameli représentant les âges auxquels il existe un examen obligatoire se trouve en Annexe 1.

Ces examens obligatoires qui sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie ne nécessitent pas d'avance de frais et les résultats sont mentionnés dans le carnet de santé de l'enfant. Ils donnent lieu à trois certificats de santé, le premier étant complété dans les 8 jours suivant la naissance, puis au cours du 9^{ème} mois et enfin au cours du 24^{ème} ou du 25^{ème} mois. (14)

Dans le 3^{ème} certificat de santé, donc aux 2 ans de l'enfant, une catégorie « dents cariées/nombre de dents total » figure, ce qui laisse supposer qu'un examen bucco-dentaire est réalisé par le médecin généraliste ou le pédiatre. (15)

Le 3^{ème} certificat de santé se trouve en Annexe 2.

On remarque donc que les médecins généralistes et les pédiatres sont régulièrement amenés à recevoir les enfants en consultation afin de contrôler leur état de santé.

Puisque, dans le programme M'T dents, la première visite chez le chirurgien-dentiste est proposée à 3 ans, il est évident que les médecins généralistes et les pédiatres reçoivent plus précocement et plus souvent en consultation les enfants que le chirurgien-dentiste. (12)

Il nous semblait donc judicieux de connaître les éléments déjà mis en place en cabinet de médecine générale et de pédiatrie en termes de prévention bucco-dentaire, mais aussi d'identifier les freins rencontrés chez les praticiens qui ne font pas cette prévention bucco-dentaire et enfin d'évaluer leur niveau d'intérêt sur ce sujet.

2. Matériel et méthodes

Le questionnaire a été réalisé sur Google Forms qui est un outil de création de formulaires en ligne.

Le choix de ne pas demander les adresses électroniques des répondants a été fait afin de garantir l'anonymat et de pouvoir récolter un maximum de réponses sans rendre obligatoire une connexion préalable avec leur compte, ce qui aurait pu en décourager certains.

La diffusion du questionnaire s'est faite de manière virtuelle entre le 7 novembre 2021 et le 10 octobre 2022, par la publication d'un texte explicatif et du lien du questionnaire dans des groupes de pédiatres et de médecins généralistes sur le réseau social Facebook® ainsi que sur le site du Conseil de l'Ordre des Médecins de Loire-Atlantique, par courriels envoyés par le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Vendée et par la diffusion au cercle de connaissances.

La récolte des résultats a été faite sur Google Forms qui donne accès aux formulaires de réponse ayant été validés par les répondants entre le 7 novembre 2021 et le 10 octobre 2022, et l'analyse des résultats a été réalisée sur Google Forms et Microsoft Office Excel. Les résultats sont présentés sous forme d'effectifs ou de pourcentages car il s'agit de variables qualitatives, excepté pour l'âge des personnes ayant répondu au questionnaire qui est présenté sous forme de paramètres usuels (moyenne, minimum, maximum) et d'effectifs. Pour certaines questions, il était possible de cocher plusieurs réponses ce qui explique le fait que la somme des pourcentages est parfois supérieure à 100%.

Le questionnaire débute par la récolte d'informations concernant le répondant : la spécialité (pédiatrie ou médecine générale), l'âge, le sexe et le lieu d'exercice (rural ou urbain, si urbain la ville d'exercice était demandée). Il comporte ensuite 10 questions fermées à choix multiples et à réponse obligatoire (signalées par un astérisque rouge), dont 5 d'entre elles donnent lieu à une ou plusieurs sous-question(s) à réponse non-obligatoire.

Le temps de réponse au questionnaire a été estimé à moins de 3 minutes.

Les critères d'inclusion sont les suivants : être pédiatre ou médecin généraliste, suivre au cabinet des enfants de 0 à 6 ans et avoir répondu aux questions obligatoires. Les répondants ne correspondant pas à ces critères ont été exclus. Sur les 81 réponses, 80 ont été retenues et 1 a été exclue car elle ne correspondait pas aux critères cités.

Les captures d'écran du questionnaire diffusé via Google Forms se trouvent en Annexe 3.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques démographiques de l'échantillon

3.1.1. La spécialité

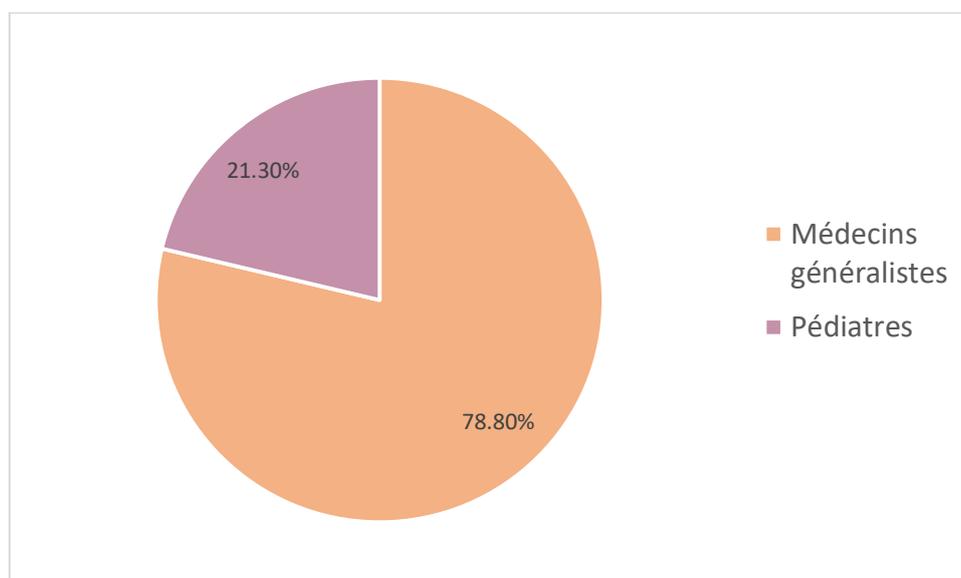


Figure 2. Représentation de la spécialité de l'échantillon

L'échantillon se compose de 63 médecins généralistes (78,8%) et de 17 pédiatres (21,3%). On observe donc une nette majorité de médecins généralistes ayant répondu au questionnaire.

3.1.2. L'âge

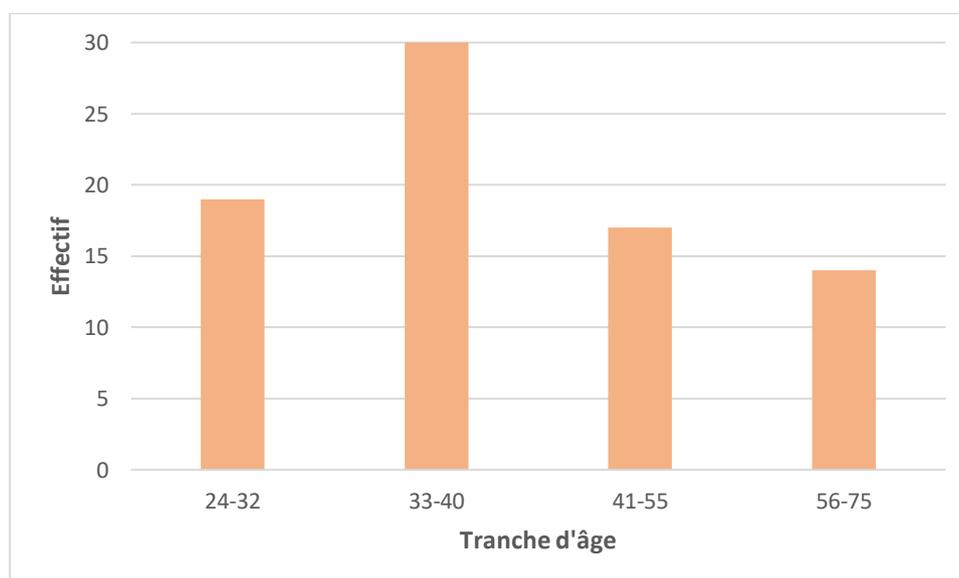
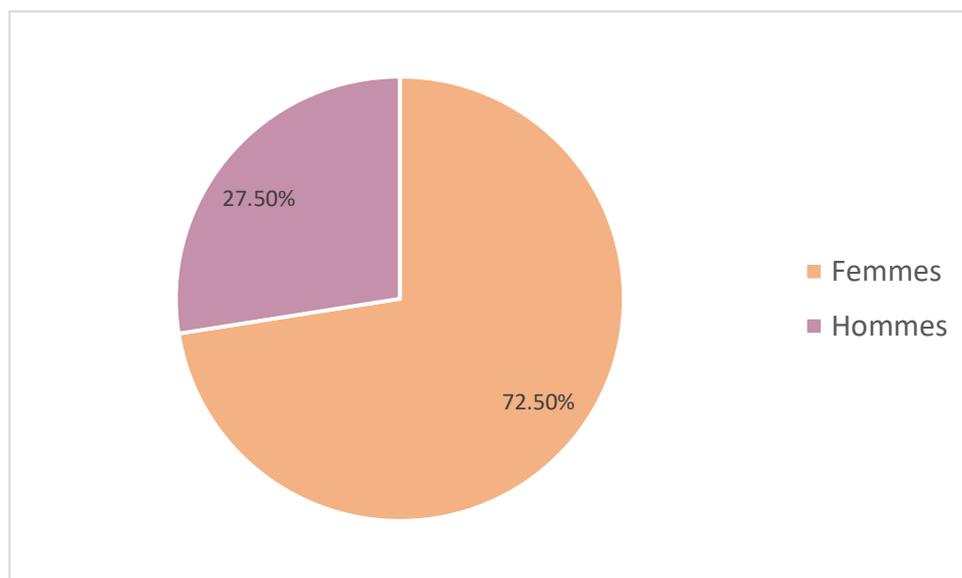


Figure 3. Histogramme de l'âge de l'échantillon

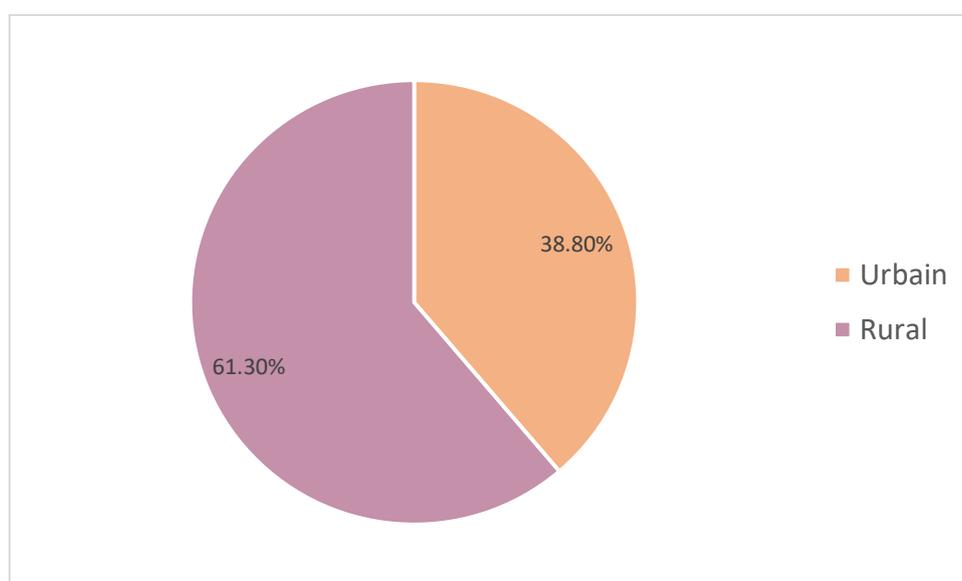
L'âge moyen des personnes ayant répondu au questionnaire est de 43 ans. L'âge minimum est de 24 ans et l'âge maximum est de 75 ans. La majorité de l'échantillon se situe dans la tranche d'âge des 33-40 ans.

3.1.3. Le genre



Parmi les 80 répondants, 58 sont des femmes (72,5%) et 22 sont des hommes (27,5%). L'échantillon est donc composé majoritairement de femmes.

3.1.4. Le lieu d'exercice



Concernant le lieu d'exercice, 31 praticiens ont une activité urbaine (38,8%) et 49 praticiens ont une activité rurale (61,3%).

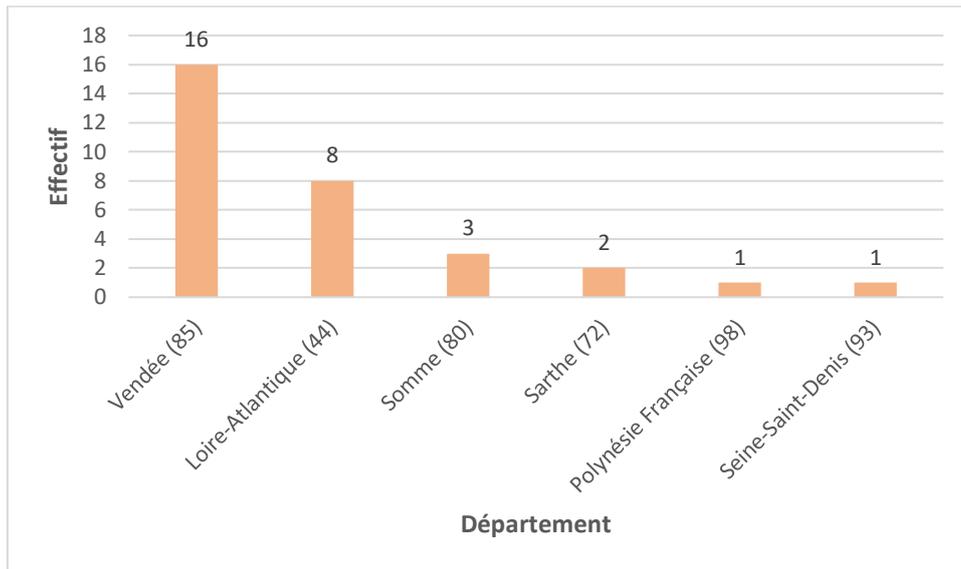


Figure 6. Histogramme de l'exercice urbain de l'échantillon

On remarque que la majorité des praticiens ayant un exercice urbain qui ont répondu au questionnaire exercent en Vendée (n=16) en particulier aux Sables-d'Olonne (n=6) et à la Roche-sur-Yon (n=5).

En Loire-Atlantique, la majorité des praticiens exercent dans l'agglomération nantaise, dans la Somme les praticiens ayant répondu exercent à Amiens ou Abbeville et dans la Sarthe leurs cabinets se situent au Mans ou à La Bazoge. En Polynésie Française le praticien exerce dans une agglomération de 29 000 habitants et en Seine-Saint-Denis il exerce à Epinay-sur-Seine (54 000 habitants).

Il aurait été intéressant de connaître la proportion de praticiens ayant un exercice rural dans chaque département, mais la question n'a pas été posée lors de l'élaboration du questionnaire.

3.2. Réponses aux questions

3.2.1. Suivez-vous des enfants de moins de 6 ans dans votre patientèle ?

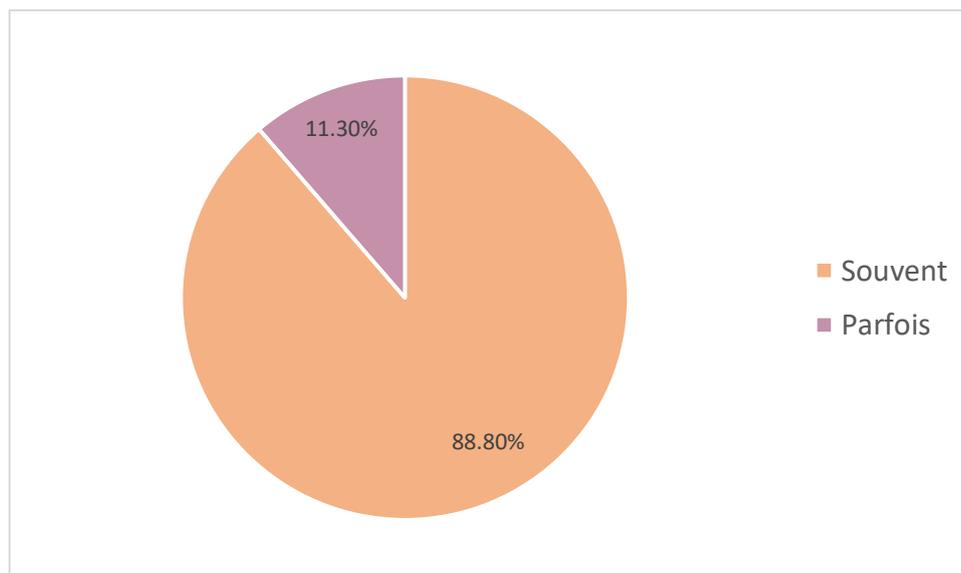


Figure 7. Représentation du pourcentage de praticiens recevant des enfants de 0 à 6 ans au cabinet

Cette première question nous a permis d'exclure une personne ayant répondu négativement, ce qui ne correspondait donc pas aux critères d'inclusion.

Parmi les 80 personnes ayant répondu positivement, 71 déclarent souvent recevoir au cabinet des enfants âgés de 0 à 6 ans (88,8%) et 9 déclarent parfois recevoir en consultation des enfants de cette tranche d'âge (11,3%).

3.2.2. Évaluez-vous le risque carieux chez les enfants de 0 à 6 ans ?

Cette deuxième question permet d'introduire le thème de la prévention bucco-dentaire.

D'après les recommandations de la HAS de 2005, l'évaluation du risque carieux individuel (RCI) doit être réalisée afin d'identifier les facteurs de risque pouvant classer un enfant dans la catégorie du RCI élevé. Il est de plus nécessaire de refaire cette évaluation à différentes périodes de l'enfance car elle peut évoluer dans le temps. (16)

L'AAPD (Academy of Paediatric Dentistry) recommande également l'évaluation du risque de développer des caries par les professionnels de santé (médecins, infirmières, ...) amenés à rencontrer l'enfant plus souvent que le chirurgien-dentiste et encourage fortement le travail en équipe de ces professions concernant la prévention bucco-dentaire. (17)

Il est intéressant que l'évaluation du RCI puisse être réalisée, du moins en partie, par les pédiatres et médecins généralistes recevant des enfants en consultation afin de pouvoir mettre en place une prévention adaptée à l'enfant ou encore de pouvoir l'adresser rapidement à un chirurgien-dentiste.

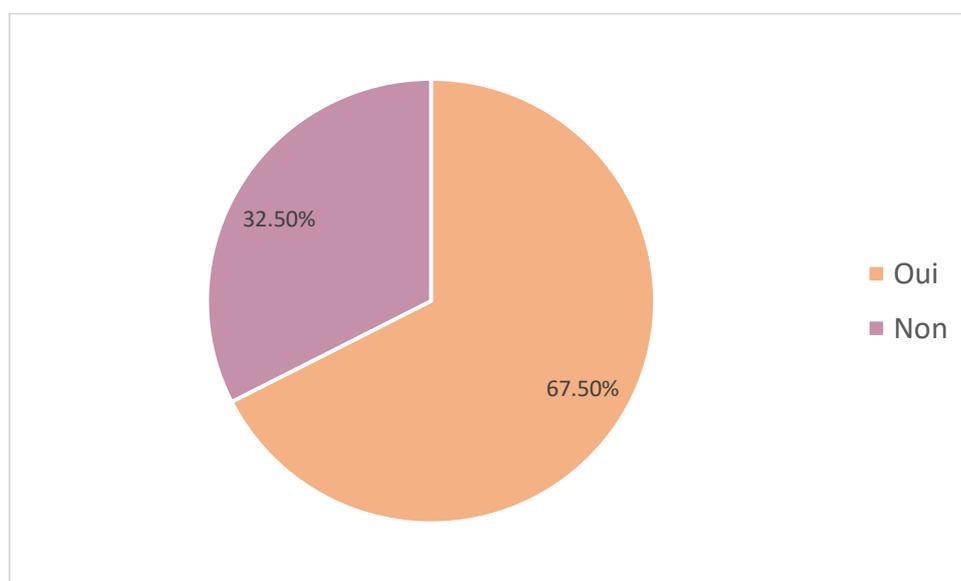


Figure 8. Représentation du pourcentage de praticiens réalisant une évaluation du risque carieux individuel

A cette question 54 praticiens ont affirmé réaliser une évaluation du risque carieux chez les enfants reçus en consultation (67,5%) et 26 déclarent ne pas le faire (32,5%).

Le RCI se divise en deux catégories : faible et élevé. L'attribution à l'une des catégories se base sur l'interrogatoire, l'examen clinique et le bilan radiologique.

Il existe des facteurs de risque collectifs qui peuvent prédisposer l'enfant à avoir des caries en l'attribuant à un groupe à risque, mais ces facteurs ne permettent pas à eux seuls d'affirmer que l'enfant est à RCI élevé.

Les facteurs de risque collectifs sont les suivants :

- Période post-éruptive
- Niveau socio-économique et/ou niveau d'éducation faible de la famille
- Mauvais état de santé bucco-dentaire des parents ou de la fratrie
- Maladie et handicaps entraînant des difficultés de brossage
- Antécédents de caries
- Présence d'éléments favorisant la rétention de la plaque (restaurations défectueuses, appareils orthodontiques ou prothétiques)

Il existe des facteurs de risque individuels dont la présence d'un seul de ces facteurs suffit à classer un individu en RCI élevé.

Les facteurs de risque individuels sont les suivants :

- Absence de brossage quotidien avec du dentifrice fluoré
- Ingestions sucrées régulières en dehors des repas ou du goûter (aliments ou boissons sucrés, bonbons)
- Prise au long cours de médicaments sucrés ou générant une hyposialie
- Sillons anfractueux au niveau des molaires
- Présence de plaque visible à l'œil nu sans révélation
- Présence de caries (atteinte de la dentine) et/ou de lésions initiales réversibles (atteinte de l'émail). (16)

Vient alors la sous-question suivante : si oui, par quel(s) moyen(s) évaluez-vous ce risque carieux : (plusieurs réponses possibles)

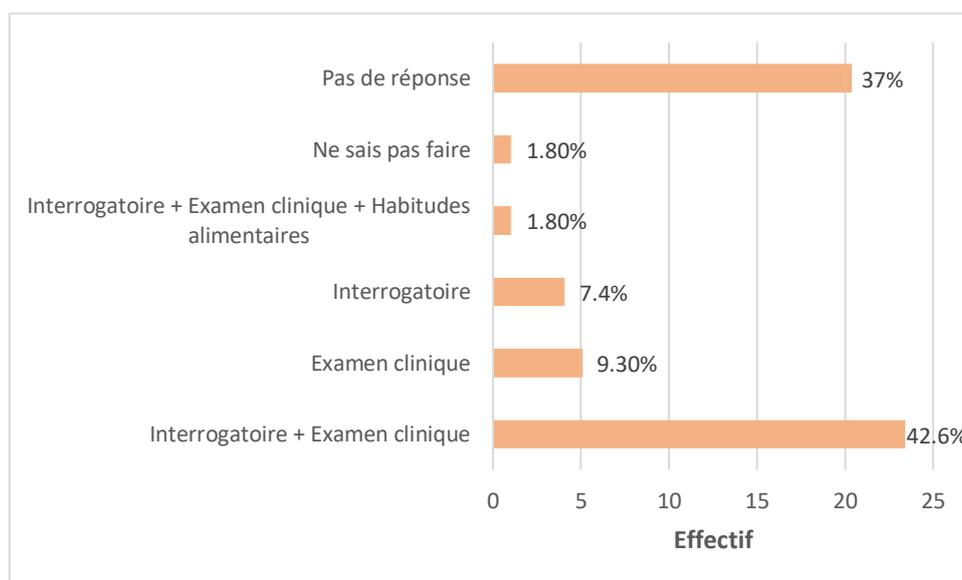


Figure 9. Histogramme du mode d'évaluation du risque carieux individuel

Les deux réponses proposées étaient par l'interrogatoire et par l'examen clinique. Les répondants avaient la possibilité d'ajouter une réponse qui n'était pas proposée ce qui a ajouté les deux catégories suivantes : par les « habitudes alimentaires » et « ne sais pas faire ».

Parmi les 54 praticiens affirmant réaliser une évaluation du risque carieux, ils sont 23 à utiliser l'interrogatoire et l'examen clinique (42,6%). Cinq praticiens utilisent l'examen clinique seul (9,3%) et ils sont 4 à utiliser seulement l'interrogatoire (7,4%). Un praticien a ajouté la prise en compte des habitudes alimentaires en plus de l'interrogatoire et de l'examen clinique (1,8%). Enfin, un praticien déclare ne pas savoir réaliser l'évaluation du risque carieux. Cette réponse n'est pas en adéquation avec le fait de répondre oui à la question « Évaluez-vous le risque carieux chez les enfants de 0 à 6 ans ? ».

Pour terminer, parmi les 54 praticiens ayant déclaré réaliser une évaluation du risque carieux à la question précédente, 20 n'ont pas donné de réponse quant aux méthodes utilisées pour déterminer ce dernier (37%).

Une sous-question a été posée dans le cas où les praticiens ne réalisent pas d'évaluation du risque carieux : si non, diriez-vous que cela est lié à : (plusieurs réponses possibles)

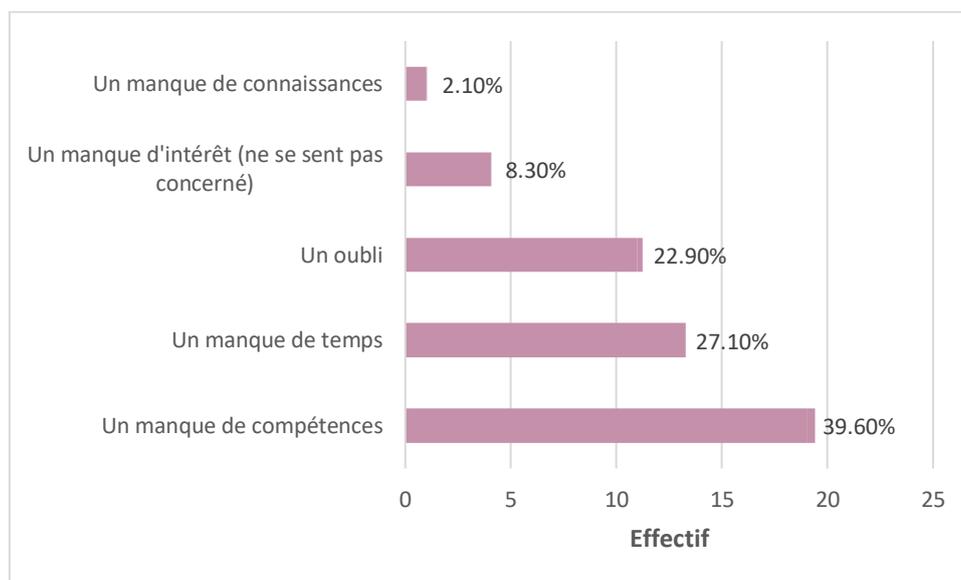


Figure 10. Histogramme des freins perçus par les praticiens concernant l'évaluation du risque carieux individuel

Trois réponses étaient proposées à cette sous-question : un manque de temps, un manque de compétences et un manque d'intérêt (ne se sent pas concerné). La possibilité d'ajouter une option de réponse a donné lieu à « un oubli » et à « un manque de connaissances ».

Parmi les praticiens ne réalisant pas d'évaluation du risque carieux, le manque de compétences ressort majoritairement à 39,6%, suit du manque de temps à 27,1% et d'un oubli à 22,9%. Enfin, 8,3% évoquent un manque d'intérêt et 2,1% un manque de connaissances, cette dernière réponse pouvant être assimilée à un manque de compétences.

A la vue des facteurs de risque cités précédemment et des réponses aux questions, par un interrogatoire et un examen clinique relativement simple, il semble que l'évaluation du RCI soit à la portée des pédiatres et des médecins généralistes, à condition que des conseils leur soient donnés sur la manière de procéder.

L'examen radiologique restera du ressort du chirurgien-dentiste car les cabinets de médecine générale et de pédiatrie ne disposent pas de l'équipement adéquat.

3.2.3. Quel que soit le risque carieux, conseillez-vous aux parents d’emmener leur enfant (0-6 ans) chez un chirurgien-dentiste ?

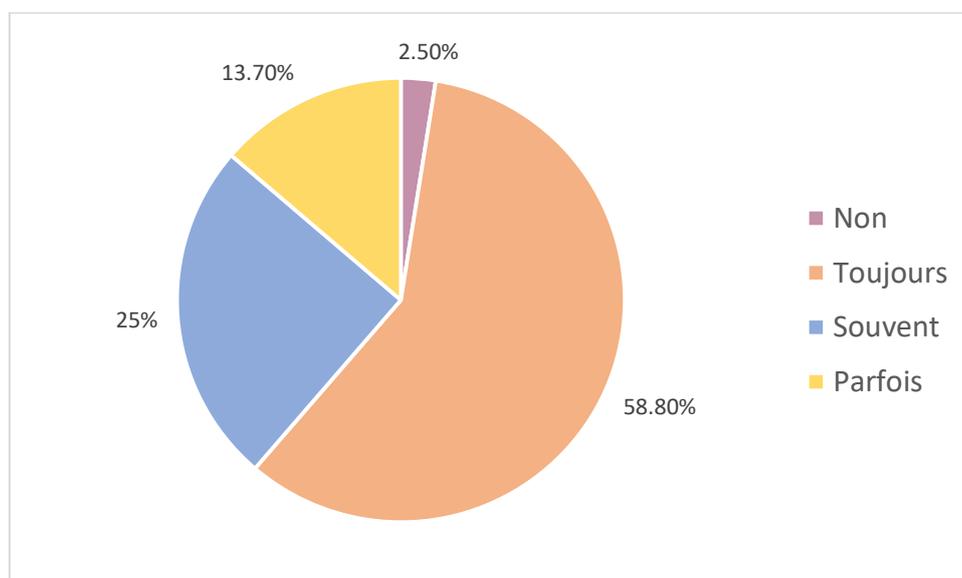


Figure 11. Représentation du pourcentage de praticiens conseillant aux parents d’emmener leur enfant chez un chirurgien-dentiste

Cette question nous permet de remarquer que la majorité des praticiens (n=47) conseillent systématiquement aux parents une visite chez le chirurgien-dentiste pour leur enfant (58,8%). Cette visite est conseillée « souvent » par 20 praticiens (25%) et « parfois » par 11 praticiens (13,7%). Enfin, seulement une minorité des praticiens (n=2) ne conseillent pas la visite chez un chirurgien-dentiste pour les enfants âgés de 0 à 6 ans (2,5%).

Une sous-question a été posée pour les praticiens conseillant la visite chez le chirurgien-dentiste : Si oui, à partir de quel âge ?

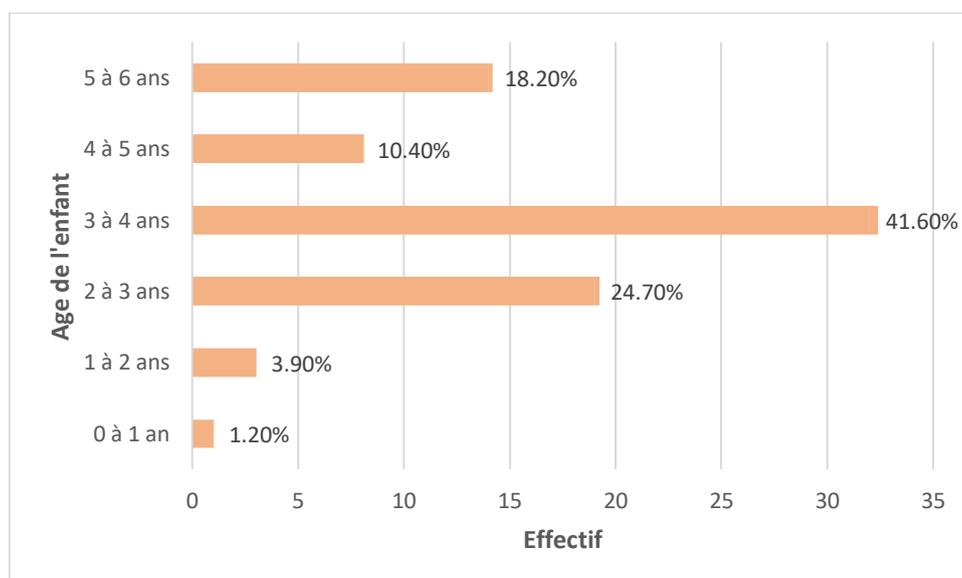


Figure 12. Histogramme de l’âge auquel les praticiens conseillent la première visite chez un chirurgien-dentiste

L'EAPD (European Academy of Paediatric Dentistry) recommande une première consultation dentaire dès l'apparition de la première dent puis au plus tard avant les 3 ans de l'enfant. (18) Selon les recommandations de l'UFSBD et de l'AAPD, la première visite chez un chirurgien-dentiste est recommandée dans les 6 mois qui suivent l'apparition de la première dent et au plus tard avant le premier anniversaire de l'enfant puis régulièrement chaque année. (17) (19)

Cette visite a pour objectif de familiariser l'enfant à l'environnement du cabinet dentaire dès son plus jeune âge, de vérifier qu'il ne présente pas de problème ou de pathologie nécessitant une intervention, auquel cas la consultation permet de déterminer les traitements nécessaires et de planifier le ou les rendez-vous. La première visite chez le chirurgien-dentiste permet également d'évaluer le risque carieux individuel, de prodiguer des conseils personnalisés quant au matériel à utiliser pour l'hygiène bucco-dentaire de l'enfant et d'intercepter d'éventuelles habitudes nocives telles que la succion non nutritive ou encore les habitudes alimentaires néfastes. (17) (20) (19)

Cette question nous a permis de mettre en évidence un manque d'information des praticiens concernant l'âge auquel est recommandée cette première visite chez le chirurgien-dentiste. En effet seulement 1,2% des praticiens conseillent cette visite entre 0 et 1 an. De plus, seulement 3,9% des répondants conseillent cette première visite pour les enfants entre 1 et 2 ans.

L'Assurance Maladie a mis en place le dispositif M'T dents en 2007 qui offre aux enfants et adolescents de 6, 9, 12 et 15 ans une consultation de prévention chez un chirurgien-dentiste. Ce dispositif a été élargi au 1^{er} janvier 2018 en offrant une consultation aux jeunes de 21 ans et 24 ans, puis, au 1^{er} avril 2019 aux enfants de 3 ans. L'invitation est reçue 1 mois avant l'anniversaire par courrier ou sur le compte ameli et cette consultation est gratuite sur présentation de la carte vitale et du formulaire M'T dents lors de la visite chez le chirurgien-dentiste. Elle doit être réalisée dans l'année qui suit la date d'anniversaire.

La consultation aux 3 ans de l'enfant correspond au moment où toutes les dents temporaires sont en bouche et celle des 6 ans, au moment où les premières dents définitives font leur éruption.

Ces consultations offertes par l'Assurance Maladie ont pour objectifs de prodiguer des conseils concernant les bonnes habitudes à adopter en matière d'hygiène bucco-dentaire. Elles ont également pour objectif de dépister précocement l'apparition de caries ou d'autres problèmes afin de pouvoir soigner rapidement l'enfant et ainsi éviter d'avoir recourt à des traitements plus lourds et coûteux. (12)

La première consultation offerte par le dispositif M'T dents intervient donc aux 3 ans de l'enfant et doit être réalisée avant le quatrième anniversaire, ce qui correspond à la catégorie 3 à 4 ans dans le questionnaire. On remarque que 41,6% des praticiens ayant répondu conseillent la première visite chez le chirurgien-dentiste entre les 3 ans et les 4 ans de l'enfant, 24,7% la conseillent aux enfants de 2 à 3 ans et 10,4% aux enfants de 4 à 5 ans.

Pour terminer, un pourcentage relativement élevé de praticiens conseillent une première consultation tardive chez le chirurgien-dentiste car ils sont 18,2% à la conseiller entre les 5 ans et les 6 ans de l'enfant.

3.2.4. Faites-vous de la prévention bucco-dentaire par rapport aux habitudes alimentaires ?

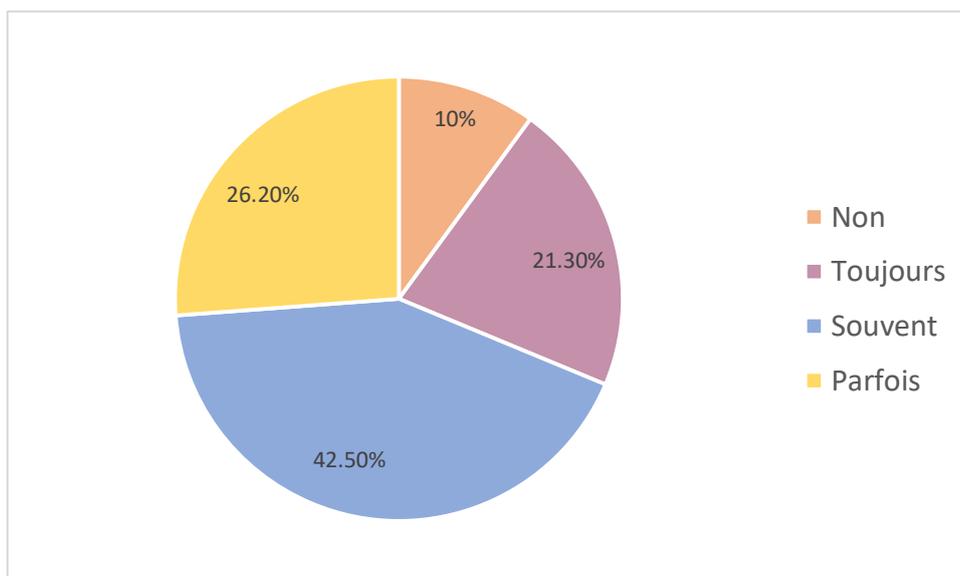


Figure 13. Représentation du pourcentage de praticiens réalisant de la prévention bucco-dentaire par rapport aux habitudes alimentaires

Cette question nous permet de mettre en avant le fait que la prévention bucco-dentaire en lien avec les habitudes alimentaires est assez largement réalisée par les pédiatres et les médecins généralistes qui reçoivent des enfants en consultation. En effet, 17 praticiens la réalisent toujours (21,30%), 34 praticiens la réalisent souvent (42,5%) et enfin 21 praticiens la réalisent parfois (26,2%).

Seulement 10% des praticiens ont répondu négativement à cette question (n=8).

La sous-question suivante a été posée aux praticiens réalisant ce type de prévention : Si oui, donnez-vous des conseils concernant : (plusieurs réponses possibles)

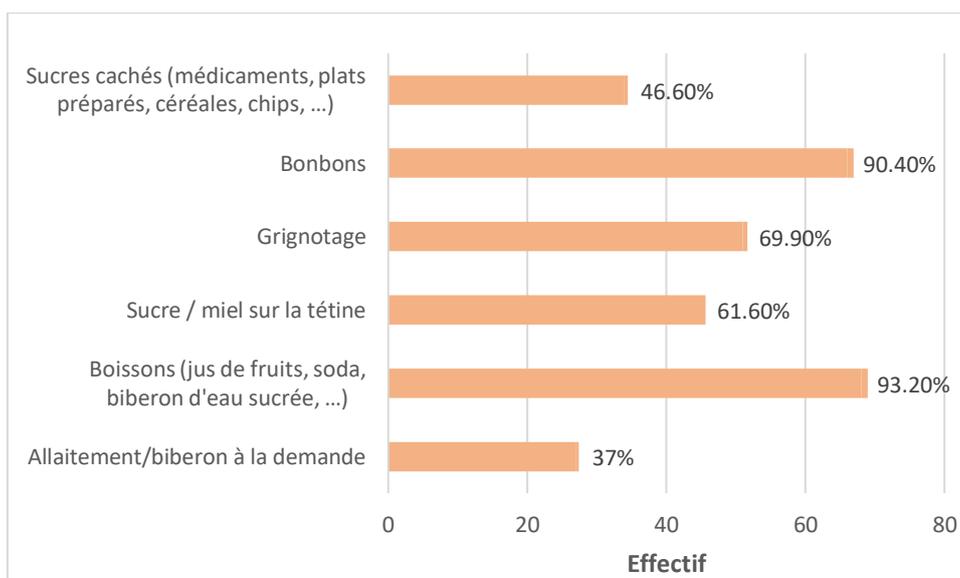


Figure 14. Histogramme des sujets abordés par les praticiens lors de la réalisation de la prévention bucco-dentaire par rapport aux habitudes alimentaires

La carie dentaire est une pathologie multifactorielle qui peut être favorisée par de mauvaises habitudes alimentaires.

La consommation de sucres fermentescibles, comme le saccharose considéré comme le plus cariogène et le plus consommé, conduit à la production d'acides organiques dus au métabolisme des bactéries cariogènes (principalement *Streptococcus mutans*) ce qui diminue le pH salivaire et attaque les tissus dentaires par déminéralisation de l'émail. (3)

La consommation de boissons acides telles que les jus de fruits ou les sodas augmente le risque de développer des caries, à la fois par la présence de sucres fermentescibles entrant dans leur composition et par leur acidité qui peut être responsable d'érosion dentaire (destruction de l'émail) augmentant le risque carieux. (21)

La fréquence d'ingestion de sucre joue un rôle plus important dans le développement de la carie dentaire que la quantité de sucre consommée. (3) (21)

En effet, les prises alimentaires répétées ne permettent pas de neutraliser les pics d'acidité salivaire. La salive n'a pas le temps de jouer son rôle de tampon qui permet la reminéralisation de l'émail car le pH est presque constamment acide. Le risque de développer des caries est donc majoré par le grignotage et en suivant la même logique par l'allaitement ou le biberon à la demande. (22)

De plus, il est déconseillé de sucrer le biberon et encore plus de le laisser à l'enfant la nuit ou d'enduire la tétine d'un produit sucré (miel, confiture, ...). (23) (24)

En dehors du biberon de lait pour les repas, la SFOP (Société Française d'Odontologie Pédiatrique) recommande que le biberon ne contienne que de l'eau pure. (25)

Les enfants qui consomment des chips, biscuits, bonbons, glaces, pop-corn, snacks sucrés, ... ont plus de risque de développer des caries que les enfants qui consomment des snacks non sucrés, des fruits, des yaourts, et ce phénomène est majoré lorsque les prises alimentaires sont répétées dans la journée. (26)

La consommation de médicaments contenant du saccharose, ainsi que les médicaments entraînant une diminution de la quantité de salive (xérostomie iatrogène) augmentent le risque de carie. (3)

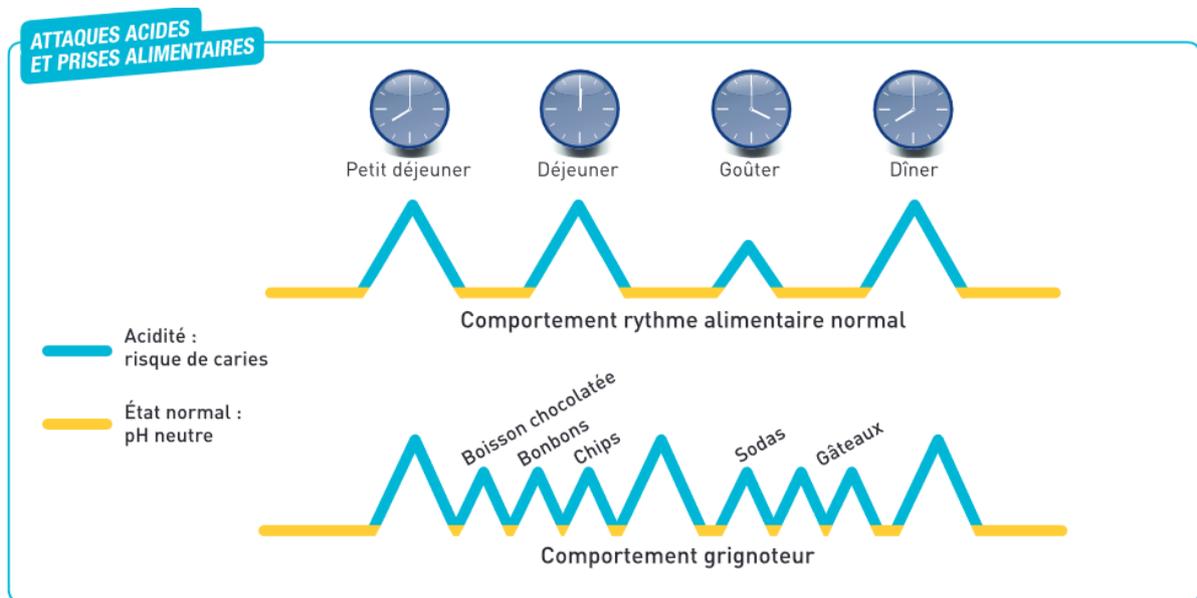


Figure 15. Illustration de l'UFSBD représentant les attaques acides au cours des prises alimentaires (22)

Les principales sources de carie dans l'alimentation ont été proposées comme options de réponses à cette question. Plusieurs réponses pouvaient être cochées parmi les suivantes : sucres cachés (médicaments, plats préparés, céréales, chips, ...), bonbons, grignotage, sucre / miel sur la tétine, boissons (jus de fruits, soda, biberon d'eau sucrée, ...), allaitement / biberon à la demande.

On observe que la majorité des praticiens connaissent le risque accru d'avoir des caries lors d'une consommation excessive de boissons sucrées (93,2%) et de bonbons (90,4%). Une grande proportion de praticiens évoque les risques liés au grignotage (69,9%) et au fait de mettre un produit sucré sur la tétine (61,6%). Enfin, ils sont 46,6% à informer des méfaits des sucres cachés et 37% en ce qui concerne l'allaitement naturel ou le biberon à la demande.

3.2.5. Faites-vous de la prévention au sujet des méthodes d'hygiène bucco-dentaire ?

La plaque dentaire s'accumule préférentiellement sur les sites rétentifs (faces occlusales où les sillons sont anfractueux, faces proximales, restaurations, ...) si elle n'est pas éliminée par une bonne hygiène bucco-dentaire. A mesure que la plaque s'accumule sur les surfaces dentaires, la salive devient moins capable de protéger l'émail.

L'homéostasie du microbiome peut être perturbée et des changements majeurs dans la composition de la plaque peuvent survenir (dysbiose). L'exposition fréquente à un pH bas, lors de la consommation de sucres fermentescibles, inhibe les espèces bactériennes sensibles en milieu acide (dont certaines participent à la santé orale) tout en favorisant les bactéries qui ont une physiologie acide comme les *Streptococci mutans* et les *Lactobacilli* (qui sont des bactéries cariogènes).

De plus, l'accumulation de plaque dentaire au niveau de la gencive marginale conduit à une inflammation gingivale. (27)

Il convient donc d'éliminer la plaque dentaire par un brossage minutieux afin de limiter le risque de développer des caries ou une parodontopathie.

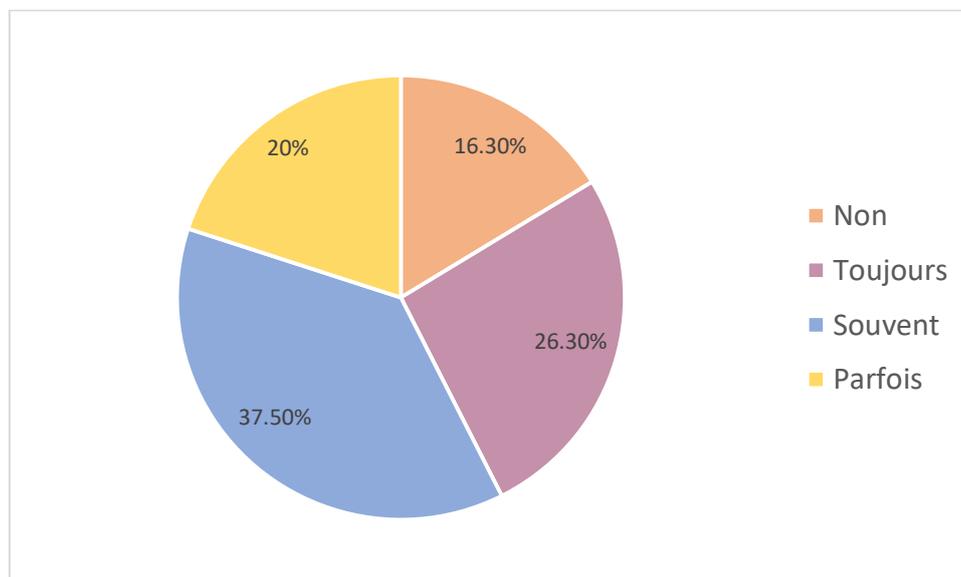


Figure 16. Représentation du pourcentage de praticiens réalisant de la prévention au sujet des méthodes d'hygiène bucco-dentaire

En ce qui concerne l'enseignement des méthodes d'hygiène bucco-dentaire, 26,3% des praticiens déclarent toujours en parler en consultation avec des enfants (n=21) et 37,5% disent souvent aborder ce sujet (n=30).

20% des praticiens ayant répondu ne le font que parfois (n=16) et 16,3% ne le font pas du tout (n=13).

L'AAPD et l'EAPD recommandent d'introduire le brossage dès l'éruption de la première dent à l'aide d'une compresse humide ou d'une brosse à dent souple de petite taille, deux fois par jour après les repas, avec une trace de dentifrice fluoré pour les moins de 3 ans puis une quantité de dentifrice fluoré de la taille d'un petit pois pour les enfants de 3 à 6 ans. (23) (28)

La SFOP recommande un nettoyage des premières dents avec une compresse humide après chaque prise alimentaire (biberon, sein, purée, ...) puis le brossage avec une brosse à dent adaptée est introduit tous les soirs après le dernier repas avec une trace de dentifrice fluoré. C'est à partir de 2 ans que le brossage devient biquotidien (matin et soir). (25)

L'UFSBD recommande le nettoyage des gencives à l'aide d'une compresse humide ou d'une brosse « premier âge » dès la naissance afin d'éliminer la plaque et les débris alimentaires avant l'apparition des premières dents.

Dès l'apparition des premières dents, vers 6 mois, il est recommandé de brosser les dents le soir en utilisant une brosse à dents de petite taille, adaptée à l'enfant, ainsi qu'une trace de dentifrice. A partir de 2 ans et jusqu'à 4 ans de l'enfant, le brossage devient biquotidien (matin et soir) et est toujours réalisé par l'adulte, pendant 2 minutes. Ce n'est qu'à partir de 4 ans que l'enfant va pouvoir commencer à se brosser les dents lui-même tout en étant supervisé par un adulte jusqu'à l'âge de 8 ans.

Il est recommandé d'utiliser une brosse à dents et un dentifrice adapté à l'âge de l'enfant, et de changer la brosse à dents tous les 3 mois. (29) (30)

La sous-question suivante a été posée : Si oui, conseillez-vous : (plusieurs réponses possibles)

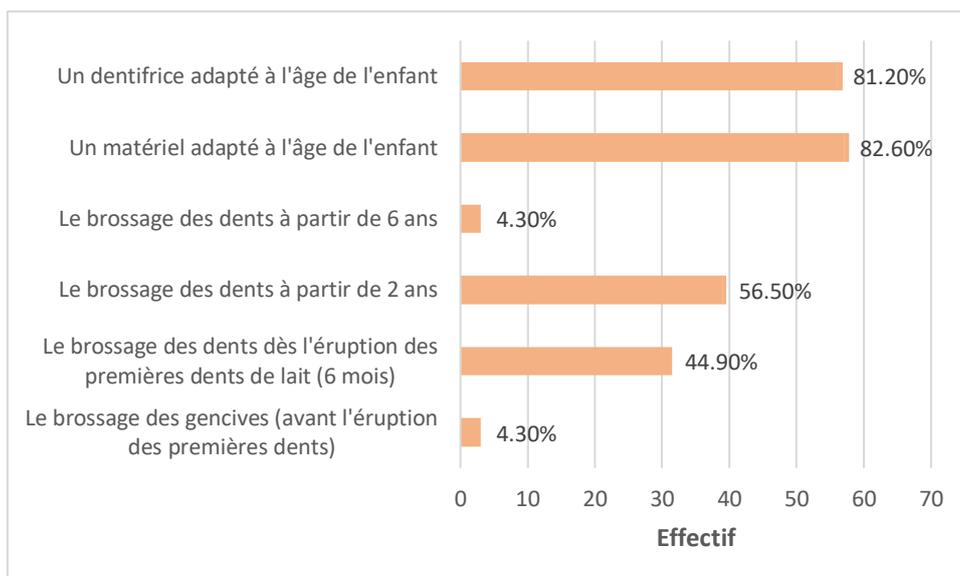


Figure 17. Histogramme des conseils donnés par les praticiens au sujet de l'hygiène bucco-dentaire

On peut noter que la majorité des répondants à cette question prodiguent des conseils au sujet du dentifrice à utiliser (81,2%) et du matériel à utiliser (82,6%) en fonction de l'âge de l'enfant. Le brossage des dents est recommandé à partir de 2 ans par 56,5% des praticiens et dès l'apparition des premières dents, aux alentours donc de 6 mois, par 44,9% des praticiens. Seul 4,3% ne le recommande qu'à partir de 6 ans.

Enfin, le brossage des gencives (avant l'éruption des premières dents) n'est recommandé que par 4,3% des praticiens. Il est à noter que le terme utilisé n'est pas approprié : il aurait fallu parler de « nettoyage » des gencives à l'aide d'une compresse et non de « brossage ». Ces résultats ne sont donc pas interprétables.

Une deuxième sous-question a été posée pour avoir plus d'informations concernant les conseils donnés pour le brossage des dents : Si oui, conseillez-vous un brossage ? : (plusieurs réponses possibles)

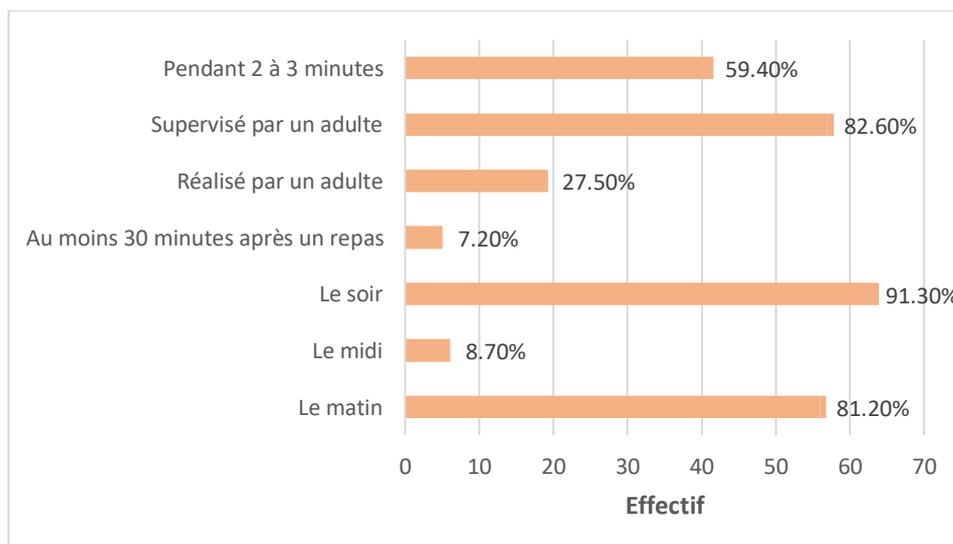


Figure 18. Histogramme des conseils donnés par les praticiens concernant le brossage des dents

Les principaux conseils donnés par les praticiens concernant le brossage des dents chez les enfants sont un brossage le soir (91,3%), le matin (81,2%) et supervisé par un adulte (82,6%). Le fait que le brossage soit réalisé par un adulte est conseillé par 27,5%, et qu'il dure 2 à 3 minutes est conseillé par 59,4%.

Enfin, les conseils les moins donnés concernent le brossage du midi (8,7%) et le fait qu'il doit être réalisé 30 minutes après un repas (7,2%).

3.2.6. Avez-vous connaissance des recommandations de l'AFSSAPS d'octobre 2008 sur la prescription systémique de fluor dans la prévention de la carie dentaire ?

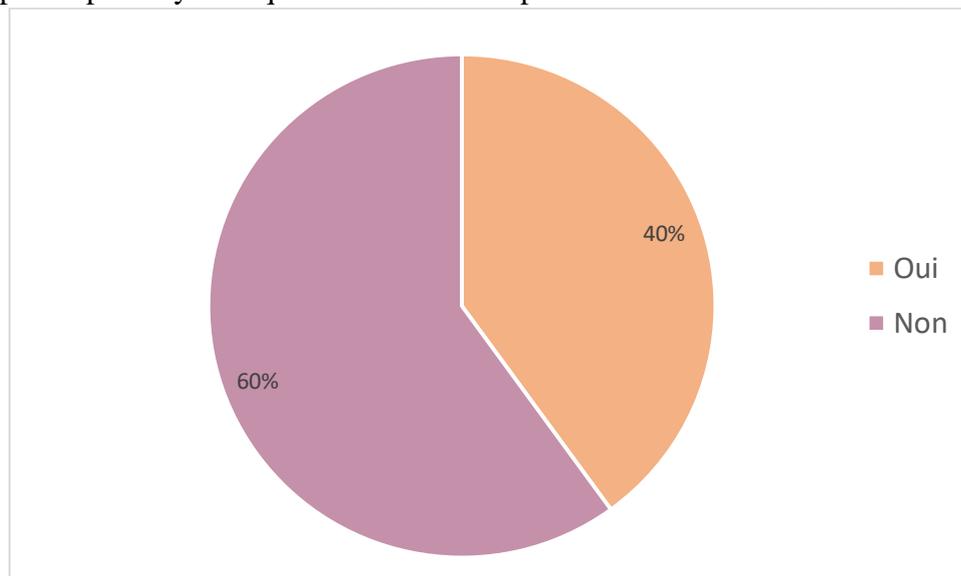


Figure 19. Représentation du pourcentage de praticiens ayant connaissance des recommandations de l'AFSSAPS d'octobre 2008 sur la prescription systémique de fluor dans la prévention de la carie dentaire

Les recommandations de l'AFSSAPS (ancien terme pour désigner l'ANSM) de 2008 portent sur l'utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans.

Elles visent à réduire le risque de survenue de fluorose dentaire en précisant que la dose à ne pas dépasser est de 0,05 mg par kg de poids corporel, tous apports confondus, sans dépasser 1mg/j (donnée OMS).

Ces recommandations mettent en avant le fait que la réalisation d'un brossage au moins biquotidien, dès l'apparition des premières dents, avec un dentifrice ayant une teneur en fluor adaptée à l'âge de l'enfant reste la mesure la plus efficace dans la prévention de la carie dentaire, et ce quel que soit le risque carieux de l'enfant.

La prescription de fluor en systémique est proscrite chez les enfants à risque carieux faible.

Chez les enfants à risque carieux élevé, la prescription de supplémentation fluorée (gouttes, comprimés) ne peut être envisagée qu'après un bilan des apports fluorés quantifiables : l'eau de boisson ne doit pas contenir plus de 0,3mg de fluor par litre et la famille ne doit pas utiliser de sel de table fluoré. Ce n'est qu'après s'être assuré que les précédentes conditions sont remplies que l'on peut envisager une prescription de fluor sous forme de gouttes ou de comprimés. Les recommandations sont de prendre 0,05 mg de fluor par kg et par jour, le soir pour les enfants de moins de 6 ans, le matin et le soir pour les enfants de plus de 6 ans, sans dépasser 1 mg par jour tous apports fluorés confondus afin d'éviter la survenue d'une fluorose.

(2)

Concernant la prescription de fluor chez les enfants de 0 à 6 ans, la majorité des praticiens (60%, n=48) n'ont pas connaissance des recommandations de l'AFSSAPS d'octobre 2008.

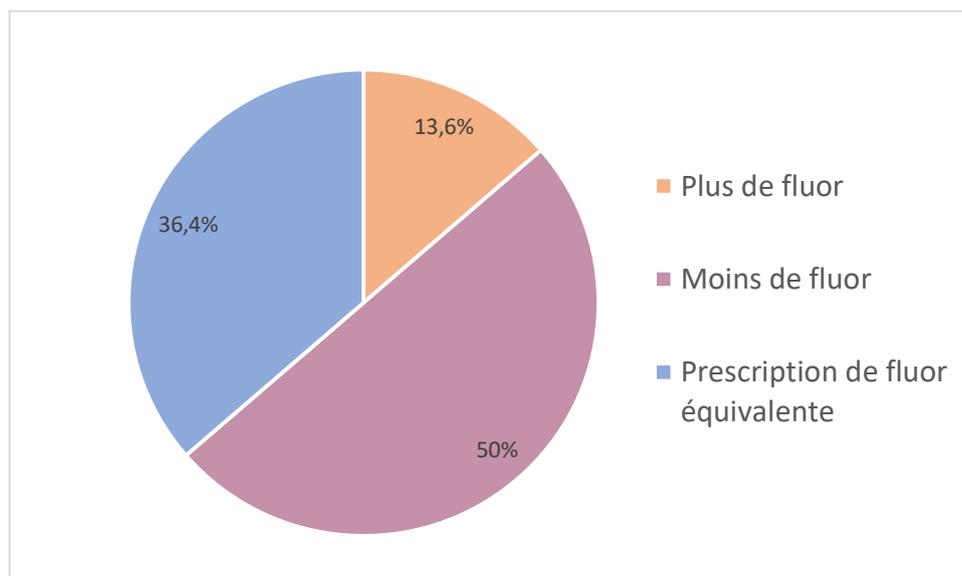


Figure 20. Représentation de la prescription systémique de fluor par les praticiens depuis les recommandations de l'AFSSAPS d'octobre 2008

Parmi les praticiens ayant connaissance de ces recommandations, ils sont 50% à déclarer prescrire moins de fluor en systémique dans le cadre de la prévention de la carie dentaire.

3.2.7. Avez-vous connaissance des recommandations de l'UFSBD d'octobre 2019 sur l'utilisation de dentifrice fluoré dans la prévention de la carie dentaire ?

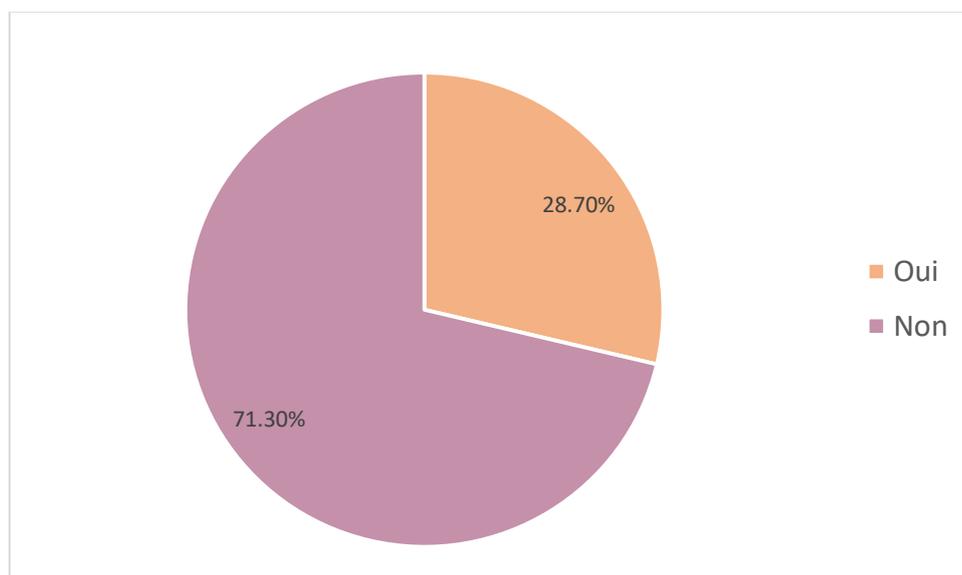


Figure 21. Représentation du pourcentage de praticiens ayant connaissance des recommandations de l'UFSBD d'octobre 2019

L'UFSBD a publié en 2019 de nouvelles recommandations en matière de fluor dans les dentifrices, partagées également par le CEOP (Collège des Enseignants en Odontologie Pédiatrique) et la SFOP.

De 6 mois à 3 ans, il est recommandé d'utiliser une trace de dentifrice fluoré à 1000 ppm. Si l'enfant présente un risque carieux élevé, une quantité de dentifrice équivalente à la taille d'un petit pois peut être utilisée à partir de 2 ans.

De 3 à 6 ans, il est recommandé d'utiliser une quantité de dentifrice fluoré à 1000 ppm de la taille d'un petit pois. Si l'enfant présente un risque carieux élevé, la même quantité d'un dentifrice fluoré à 1450 ppm peut être utilisé. (31) (32)

En effet, l'usage de fluorures en période post-éruptive par voie topique limite la déminéralisation, favorise la reminéralisation et inhibe l'adhésion et le métabolisme des bactéries cariogènes. (2) (33)

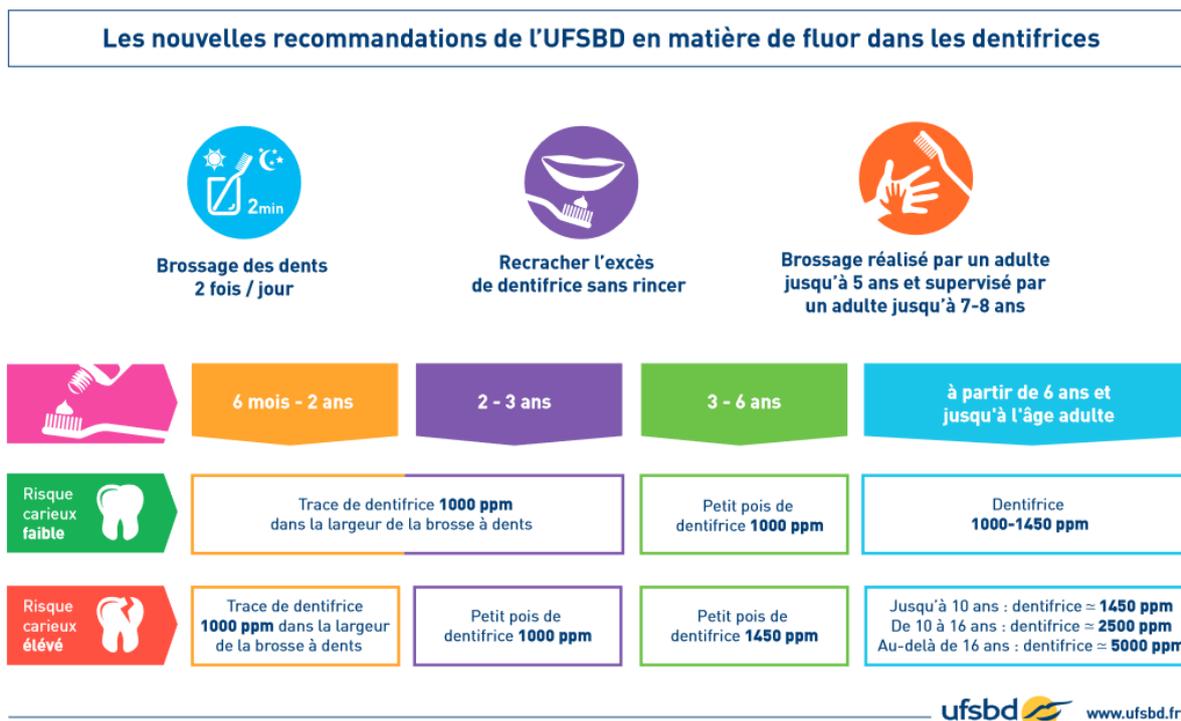


Figure 22. Tableau de l'UFSBD représentant les nouvelles recommandations d'octobre 2019 concernant l'utilisation de dentifrice fluoré

Concernant les recommandations de l'UFSBD d'octobre 2019 sur l'utilisation de dentifrice fluoré dans la prévention de la carie dentaire, seulement 28,7% des praticiens (n=23) en ont connaissance.

3.2.8. Informez-vous les parents qu'il est possible de transmettre des bactéries cariogènes à leur enfant (en léchant la cuillère de l'enfant, la tétine, ...) ?

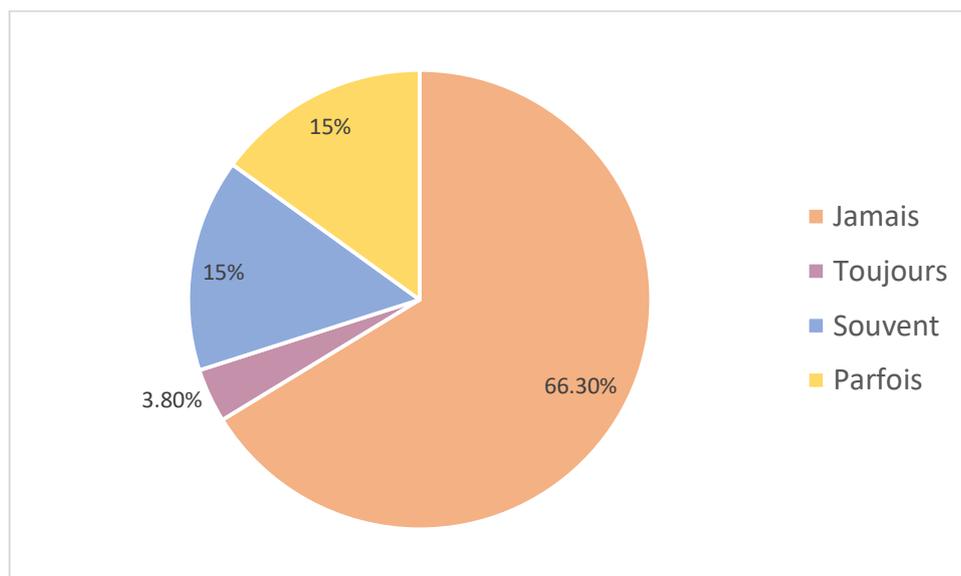


Figure 23. Représentation du pourcentage de praticiens informant du risque de contamination croisée parents-enfants des bactéries cariogènes

La carie précoce du jeune enfant est une forme agressive de la maladie carieuse caractérisée par la présence importante de *Streptococcus mutans*, une bactérie cariogène retrouvée dans la salive et la plaque dentaire. La maladie carieuse est donc contagieuse. (34)

L'acquisition de cette bactérie à fort pouvoir cariogène se fait dès l'éruption de la première dent, c'est-à-dire vers 6 mois et colonise les surfaces dentaires jusqu'à atteindre un plateau vers les 2 ans de l'enfant. Il existe donc une « fenêtre d'infection » entre 6 mois et 23 mois. (35)

Des études ont suggéré que l'enfant acquiert la bactérie *Streptococcus mutans* par son environnement (transmission horizontale) mais également par ses proches et particulièrement par sa mère du fait des contacts rapprochés et fréquents durant ses deux premières années de vie (transmission verticale). (34) (36)

En ce sens, l'UFSBD conseille de ne pas utiliser les mêmes couverts que l'enfant, de ne pas mettre à la bouche la cuillère ou la tétine de l'enfant et de ne pas l'embrasser sur la bouche afin de limiter le risque de transmission de bactéries et l'apparition de caries. (37)

De même, l'EAPD et l'AAPD encouragent les parents à réduire les comportements pouvant entraîner une transmission précoce de *Streptococcus mutans* à leur enfant. (23) (28)

Une grande majorité de praticiens (66,3%, n=53) n'aborde jamais en consultation le risque de transmission de bactéries cariogènes des parents à leur enfant. Ils sont 15% à en parler « parfois », 15% le font « souvent » et enfin ils sont seulement 3,8% à « toujours » aborder ce sujet.

3.2.9. Pensez-vous que la prévention bucco-dentaire soit un rôle qui incombe au pédiatre et au médecin généraliste ?

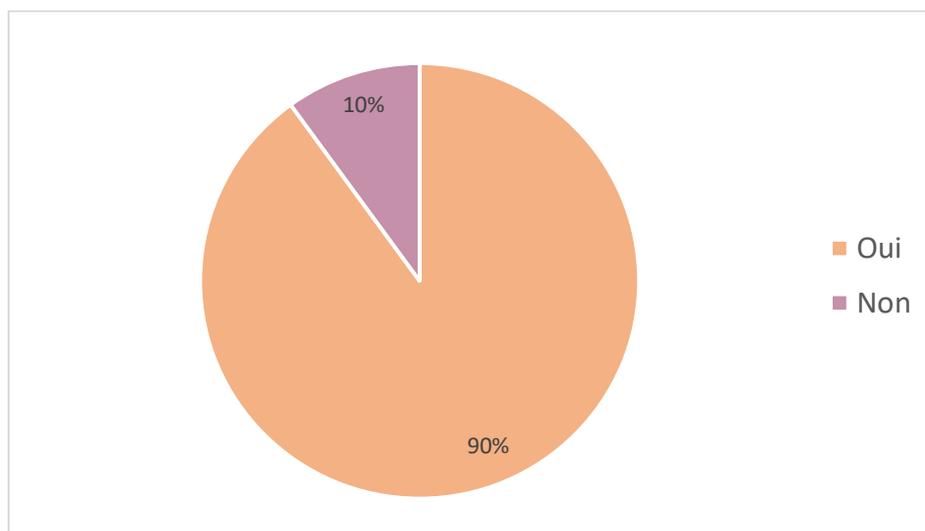


Figure 24. Représentation du pourcentage de praticiens qui pensent que la prévention bucco-dentaire est un rôle qui leur incombe

Parmi les 80 répondants à ce questionnaire, 72 pensent que la prévention bucco-dentaire fait partie du rôle des pédiatres et des médecins généralistes (90%).
8 praticiens estiment que ce n'est pas à eux de réaliser ce genre de prévention (10%).

3.2.10. Seriez-vous intéressé(e) par un outil simple d'aide à la prévention bucco-dentaire chez les enfants de 0 à 6 ans ?

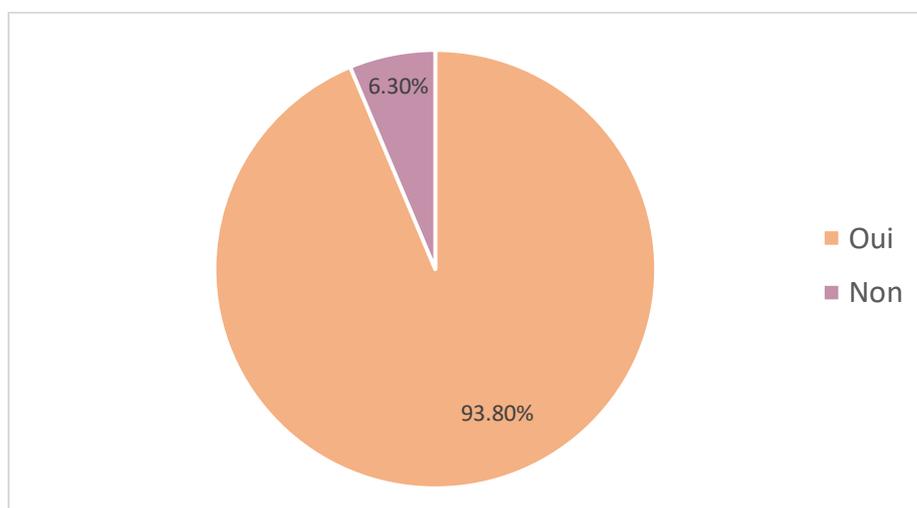


Figure 25. Représentation du pourcentage de praticiens intéressés par un outil simple d'aide à la prévention bucco-dentaire chez les enfants de 0 à 6 ans

Pour terminer, cette dernière question révèle un intérêt majeur pour la prévention bucco-dentaire chez les enfants de 0 à 6 ans par les pédiatres et les médecins généralistes. En effet, 93,8% des praticiens ayant répondu au questionnaire seraient intéressés par un outil simple pour les aider à réaliser ce genre de prévention au cabinet (n=75).

4. Discussion

4.1. Les résultats importants du questionnaire

4.1.1. L'évaluation du risque carieux individuel

Nous avons pu observer grâce à la question concernant l'évaluation du RCI que seulement 23 praticiens sur les 80 ayant répondu au questionnaire évaluent le RCI par l'interrogatoire et l'examen clinique. Ce chiffre est faible et s'explique en grande partie à cause du manque de compétences des praticiens (39,6%). Il semblerait judicieux de pouvoir leur proposer une méthode simple d'évaluation du RCI par des questions précises à poser lors de l'interrogatoire ainsi que des points à vérifier lors de l'examen clinique.

4.1.2. La première visite de l'enfant chez un chirurgien-dentiste

Concernant la première visite chez un chirurgien-dentiste, on a pu relever qu'elle était proposée tardivement : entre 3 et 4 ans par 41,6% des praticiens. Il faudrait donc insister sur l'importance d'une première consultation dentaire dès l'apparition de la première dent (vers 6 mois) et avant les 1 an de l'enfant. (17) (18) (19)

4.1.3. L'hygiène alimentaire et bucco-dentaire

Il est intéressant de noter que la prévention concernant les habitudes alimentaires est largement réalisée par les praticiens, en effet seulement 10% n'abordent pas ce sujet en consultation.

Il conviendrait toutefois de renforcer la prévention concernant le biberon et l'allaitement à la demande. Il est recommandé de limiter l'allaitement à quatre prises par jour, pendant les repas, dès l'éruption des premières dents afin d'éviter la survenue de caries précoces chez l'enfant. Une attention particulière sera portée sur l'arrêt de l'endormissement au sein. Cette mesure est à mettre en place environ aux 4 mois de l'enfant et au plus tard à 6 mois, qui correspond à la période où peut débuter la diversification alimentaire et l'alimentation à la cuillère. Elle évoluera ensuite progressivement vers une alimentation familiale vers l'âge de 1 à 2 ans. (38)

De plus, L'AAP (American Academy of Paediatrics) et l'AAPD recommandent d'arrêter l'allaitement aux 12 mois de l'enfant, surtout s'il survient plusieurs fois dans la journée ou la nuit. Il est également recommandé de limiter la proposition de boissons sucrées et de ne pas introduire de sucres ajoutés dans l'alimentation des enfants de moins de 2 ans afin de réduire leur préférence pour les goûts sucrés. (39)

Un facteur important à prendre en compte est également le temps de contact entre les aliments et les dents : plus il est long plus il y a un risque de développer des caries. Il convient donc d'éviter les aliments collants et mous types snacking (ex : chips) qui adhèrent plus facilement aux surfaces dentaires et privilégier une alimentation nécessitant une mastication dès que l'âge de l'enfant le permet. Stimuler la mastication a comme autre avantage de favoriser un bon développement osseux et musculaire de la face. (26) (22)

On peut enfin ajouter qu'il est important de ne pas donner à l'enfant une autre boisson que de l'eau pure aux repas, après le brossage des dents le soir, pendant l'endormissement et pour le reste de la nuit. (40) (21) (39) (24) (25)

Pour ce qui est de l'hygiène bucco-dentaire, 67 praticiens sur les 80 ayant répondu au questionnaire affirment aborder ce sujet en consultation. Les conseils sur lesquels il faut insister sont les suivants : le nettoyage des gencives à l'aide d'une compresse humide ou d'une brosse « premier âge », puis le brossage des dents dès l'éruption vers les 6 mois de l'enfant, un temps de brossage de 2 minutes avec une brosse à dents électrique et de 3 minutes avec une brosse à dents manuelle, réalisé par un adulte jusqu'aux 4 ans de l'enfant puis supervisé jusqu'à ses 8 ans, idéalement au moins 30 minutes après les repas.

Le brossage est à réaliser avec une brosse à dents et un dentifrice fluoré adaptés à l'enfant. (19)

4.1.4. Le fluor en systémique

60% des praticiens ne connaissent pas les recommandations de l'AFSSAPS sur la prescription de fluor systémique, il semblerait donc judicieux de rappeler les conditions de prescription en lien avec le RCI et l'importance de réaliser un bilan des apports fluorés afin de prévenir le risque de fluorose dentaire.

La fluorose dentaire est une altération de la structure de l'émail due à une surexposition au fluor, surtout entre 15 et 30 mois, qui provoque des tâches sur les dents pouvant aller du blanc au brun. (41)

Il pourrait être intéressant d'évoquer les bénéfices apportés par l'utilisation d'un dentifrice fluoré adapté à l'enfant, même si la prescription d'un dentifrice spécifique reste davantage le rôle du chirurgien-dentiste.

Une comparaison avec la thèse pour le diplôme de médecin d'Antonin Geneste en 2010 sur les habitudes de prescription de fluor par les médecins généralistes sarthois chez les enfants de 0 à 3 ans peut être intéressante.

L'étude a été réalisée sur 189 médecins généralistes. Ils sont 57% à déclarer connaître les recommandations de l'AFSSAPS, cependant seulement 4% suivent les critères suivants :

- Une absence de prescription systémique avant 6 ans
- Un bilan des apports fluorés préalable à une supplémentation en fluor
- Une évaluation du RCI préalable à une supplémentation en fluor

Il en ressort une complexité ressentie par les médecins généralistes dans la prescription de fluor et plus particulièrement liée au bilan des apports fluorés. Ils sont 83% à souhaiter disposer d'un outil simple d'aide à la prescription, sous forme d'arbre décisionnel qui pourrait idéalement être intégré au logiciel médical du cabinet. (42)

4.1.5. La transmission croisée parents-enfant

On a pu observer que 66,3% des praticiens ayant répondu ne préviennent pas du risque de transmission de bactéries cariogènes des parents à l'enfant. Bien qu'il soit difficile d'évaluer la responsabilité de ce type de contamination dans l'apparition de caries chez l'enfant, il peut être intéressant que les parents soient au courant de ce risque surtout pour les parents polycariés.

4.1.6. L'intérêt pour la prévention bucco-dentaire

Deux données sont particulièrement intéressantes à prendre en compte.

Premièrement, le fait que 90% des médecins généralistes et pédiatres interrogés considèrent avoir un rôle à jouer dans la prévention bucco-dentaire.

Deuxièmement, le fait que 93,8% des praticiens ayant répondu au questionnaire soient intéressés par un outil simple d'aide à la prévention bucco-dentaire.

Cela révèle un réel intérêt pour ce sujet et une envie d'acquérir les compétences nécessaires à la réalisation de ce type de prévention au cabinet de médecine générale et de pédiatrie.

4.2. Limites du questionnaire

La principale limite rencontrée ici est le fait que l'échantillon soit de petite taille car composé seulement de 80 personnes, malgré une diffusion utilisant de nombreux canaux (le Conseil de l'Ordre des Médecins de Vendée et de Loire Atlantique, le réseau social Facebook® et le cercle de connaissances). Pour exemple le Conseil de l'Ordre des Médecins de Vendée a diffusé le questionnaire aux 18 pédiatres et aux 444 médecins généralistes libéraux pour qui ils disposaient d'une adresse électronique, or si on observe l'exercice urbain en Vendée seulement 16 praticiens ont répondu.

De plus, parmi tous les groupes Facebook® de médecins contactés, un seul a publié le questionnaire mais il n'y a eu aucune réponse, probablement car la publication n'a pas eu assez de visibilité sur le groupe étant donné qu'il y a beaucoup de publications chaque jour sur des sujets variés.

Une autre problématique rencontrée lors de l'analyse des résultats est le fait que certains praticiens ayant répondu « oui » à une question ne répondent pas à la sous-question correspondant, répondent à la sous-question correspondant à la réponse « non », ou ne répondent à aucune des sous-questions. Il en découle donc parfois un léger écart d'effectifs entre les réponses à la question initiale et celles à la sous-question.

4.3. Axes d'amélioration

A la vue du faible nombre de réponses récoltées, le principal axe d'amélioration serait de diffuser le questionnaire de manière beaucoup plus large, en sollicitant par exemple d'autres Conseils de l'Ordre des Médecins, ou encore en utilisant de manière plus optimisée les réseaux sociaux tels que Facebook®.

Il pourrait être également judicieux de revoir le texte explicatif au début du questionnaire afin de le rendre plus attractif et de donner envie aux praticiens d'y répondre.

Le texte explicatif était le suivant « *Ce questionnaire est réalisé dans le cadre de la rédaction de ma thèse de chirurgie dentaire et a pour but de connaître vos pratiques, vos avis concernant la prévention bucco-dentaire chez les enfants de 0 à 6 ans, réalisée en cabinet de pédiatrie / médecine générale. Ce questionnaire est anonyme, complété en moins de 3 minutes et n'est en aucun cas une "évaluation" de vos connaissances, de vos pratiques. Il constituera le point de départ de ma réflexion sur ce sujet de thèse. Je vous remercie pour votre participation. Eloïse Delobelle. »*

En ce qui concerne le questionnaire, une fois l'analyse des résultats effectuée, nous avons pensé à d'autres questions qui auraient pu être posées et dont les réponses auraient pu être intéressantes à prendre en compte.

On remarque que les praticiens ont des connaissances en matière de prévention bucco-dentaire, il aurait donc été intéressant de connaître les différents canaux d'informations : formation initiale reçue à la faculté de médecine, formations complémentaires, revues scientifiques, sites internet, échanges avec d'autres praticiens, ...

Une autre question qui aurait pu être posée est de savoir d'où provient leur intérêt pour la prévention bucco-dentaire et de connaître le temps approximatif consacré à ce sujet lors d'une consultation.

En ce qui concerne la prescription de fluor systémique, il aurait été intéressant de demander si un bilan des apports fluorés est réalisé systématiquement avant de prescrire ce genre de supplémentation en fluor et ainsi ne pas risquer une fluorose dentaire.

Un autre thème qui aurait pu être abordé est la succion non-nutritive qui peut entraîner des complications diverses.

Quelques signes d'alerte simples à détecter par les médecins généralistes et les pédiatres, ont été énoncés dans la thèse de Chirurgie Dentaire de Diane Decressain (Nantes 2017) :

- Dents projetées en avant et écartées
- Absence de contact entre les dents du haut et du bas
- Déviation de la mâchoire inférieure
- Respiration exclusivement par la bouche
- Difficulté d'éruption des dents permanentes. (43)

4.4. Proposition d'un outil d'aide à la prévention bucco-dentaire chez les enfants de 0 à 6 ans pour les médecins généralistes et les pédiatres

Nous avons élaboré une fiche conseil regroupant les principales recommandations concernant la première visite chez un chirurgien-dentiste, l'alimentation, l'hygiène bucco-dentaire, la supplémentation en fluor et l'évaluation du RCI (par l'interrogatoire et l'examen clinique).

Le but de cette fiche conseil est d'aider les médecins généralistes et les pédiatres à réaliser de la prévention bucco-dentaire au cabinet lorsqu'ils reçoivent en consultation des enfants de 0 à 6 ans. L'arbre décisionnel est un outil simple d'utilisation qui permettrait de dépister les enfants à RCI élevé afin de pouvoir prodiguer des conseils personnalisés et organiser une prise en charge adaptée.

Cette proposition de fiche conseil pourra être finalisée et diffusée en concertation avec des organismes compétents tels que la SFOP, l'UFSBD, la SFMG (Société Française de Médecine générale) ou la SFP (Société Française de Pédiatrie).

La prévention bucco-dentaire chez les enfants de 0 à 6 ans : quelques conseils...



Une **1ère visite** chez un chirurgien-dentiste est recommandée entre la première et la deuxième année de l'enfant

- Le biberon et/ou l'allaitement **à la demande** doit être arrêté à l'apparition des premières dents (entre les 4 et 6 mois de l'enfant), date à laquelle la diversification alimentaire peut débuter et l'alimentation doit être limitée à **4 repas par jour**.
- Une alimentation variée et équilibrée nécessitant la **mastication** doit être introduite dès que l'âge de l'enfant le permet. Il convient d'éviter les aliments mous et collants type **snacking** qui augmentent le risque de carie, ainsi que les aliments très sucrés.
- En dehors des biberons de lait préconisés pour l'alimentation de l'enfant en fonction de son âge, ne donner que de **l'eau pure** (sans sirop) surtout lors de l'endormissement ou la nuit.



- **Avant l'éruption des premières dents** : un nettoyage quotidien des gencives à l'aide d'une compresse humide ou d'une brosse « premier âge » doit être réalisé.
- **Dès l'éruption des premières dents** : un brossage biquotidien des dents avec une brosse à dents et un dentifrice fluoré adaptés à l'enfant doit être réalisé par un adulte jusqu'aux 4 ans de l'enfant puis supervisé par un adulte jusqu'aux 8 ans de l'enfant.
- **La transmission croisée** : il existe un risque de transmission de bactéries cariogènes de l'adulte à l'enfant. De ce fait, il convient d'éviter de lécher la cuillère ou la tétine de l'enfant.

- La **prescription de fluor en systémique** ne doit se faire que chez les enfants présentant un **risque carieux individuel (RCI) très élevé** et s'il n'y a **pas d'autres apports en fluor** (absence de consommation d'eau contenant au moins 0,3 mg/L de fluor ou de sel fluoré ou de brossage avec un dentifrice fluoré à plus de 1000 ppmF). Avant la prescription de suppléments fluorés (sous forme de gouttes ou de comprimés) un bilan des apports fluorés est donc nécessaire afin de limiter le risque de survenue d'une fluorose.



- L'apport de **fluor topique** par le brossage biquotidien est le plus souvent **suffisant**.

1/3

Pour aider le médecin de l'enfant à reconnaître un enfant à risque carieux élevé, nous proposons l'arbre décisionnel suivant :



Pour aller plus loin...

*Il existe des **facteurs de risques collectifs** qui peuvent **prédisposer l'enfant à avoir des caries** sans pour autant affirmer qu'il est à RCI élevé :

- Période post-éruptive
- Niveau socio-économique et/ou niveau d'éducation faible de la famille
- Mauvais état bucco-dentaire des parents et/ou de la fratrie
- Maladie ou handicap entraînant des difficultés de brossage
- Antécédents de caries
- Présence d'éléments favorisant la rétention de la plaque (ex : appareils orthodontiques ou prothétiques)

Un enfant présentant un **risque carieux élevé** doit être pris en charge par un chirurgien-dentiste dès son plus jeune âge et suivi régulièrement.

La prescription de fluor en systématique :

- 1) **Evaluation du RCI** : s'il est **très élevé** (enfants qui présentent de nombreux facteurs de risques), réalisation du bilan des apports fluorés de l'enfant.
- 2) **Bilan des apports fluorés** : si l'enfant boit de l'eau contenant au moins 0,3mg de fluor ou que le sel utilisé à la maison est fluoré ou qu'il se lave les dents avec un **dentifrice fluoré**, pas besoin de prescription de fluor en systématique. Un brossage biquotidien avec un **dentifrice contenant 1000-1450ppm de fluor** (en fonction de l'âge de l'enfant) peut suffire.



Si pas d'apport fluoré et brossage impossible à réaliser : prescription de fluor en systématique.

III. Conclusion

La prévention bucco-dentaire chez les enfants s'est nettement améliorée ces dernières années, néanmoins l'atteinte carieuse dans l'enfance demeure un problème de santé publique.

Nous connaissons les impacts négatifs de la carie et des avulsions précoces sur la qualité de vie de l'enfant : troubles de l'oralité, de la phonation, de la déglutition, préjudices esthétiques, problèmes psychologiques et relationnels, retard de croissance et de développement général, ... Le programme M'T Dents permet au chirurgien-dentiste de recevoir l'enfant à ses 3 et 6 ans, mais malheureusement ces deux consultations gratuites ne suffisent pas car il n'est pas rare que de très jeunes enfants présentent de très nombreuses caries.

Il apparaît clairement qu'une prise en charge globale par les professionnels de santé de la petite enfance (médecins généralistes, pédiatres, PMI) est une piste à ne pas négliger afin d'améliorer l'état bucco-dentaire de ces enfants.

Cela passe par de la prévention concernant l'hygiène et alimentation afin de donner les bons conseils pour responsabiliser les parents et l'enfant. De plus, l'évaluation du risque carieux individuel est primordiale afin de dépister les situations à risque et de pouvoir intervenir le plus précocement possible.

Notre étude a montré que les médecins généralistes et les pédiatres sont intéressés par ce sujet et surtout considèrent que la prévention bucco-dentaire chez les enfants de 0 à 6 ans est un rôle qui leur incombe. Il conviendrait d'uniformiser la manière de réaliser cette prévention, par un interrogatoire et un examen clinique ciblés et efficaces, qui pourraient être facilement mis en œuvre lors des nombreux examens obligatoires de la petite enfance.

La prévention bucco-dentaire serait, idéalement, intégrée à la pratique courante des cabinets de médecine générale et de pédiatrie.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Rapport de situation sur la santé bucco-dentaire dans le monde : vers la couverture sanitaire universelle pour la santé bucco-dentaire d'ici à 2030. Résumé d'orientation [Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Executive summary]. Genève, 2022
2. Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. juill 2009;22(4-5):235-40.
3. HAS. Stratégies de prévention de la carie dentaire. Argumentaire mars 2010. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>
4. Tilotta F, Lautrou A, Gérard L. Anatomie dentaire. Elsevier Masson SAS ; 2018
5. Naulin-Ifi C. Odontologie pédiatrique clinique. Initiatives Sante; 2011. 302 p.
6. Caufield PW, Griffen AL. Dental caries. Pediatric Clinics of North America. oct 2000;47(5):1001-19.
7. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, et al. Influences on Children's Oral Health: A Conceptual Model. Pediatrics. 1 sept 2007;120(3):e510-20.
8. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) Coordinating Committee. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS II). Workshop held in Baltimore, Maryland, March 12th-14th 2005
9. Prévention de la carie dentaire chez les enfants avant 3 ans. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr>
10. La carie de la petite enfance : Aspects cliniques et répercussions | Dossiers du mois. Le courrier du dentiste. 2014. Disponible sur : <https://www.lecourrierdudentiste.com>
11. Aoba, T. Solubility properties of human tooth mineral and pathogenesis of dental caries. Oral Diseases, sept 2004. 10: 249-257.
12. M'T dents. Disponible sur <https://www.ameli.fr>
13. Enfant et adolescent : 20 examens de suivi médical. Disponible sur : <https://www.ameli.fr>
14. Visites médicales de l'enfant : examens obligatoires. Disponible sur : <https://www.demarches.interieur.gouv.fr>
15. Troisième certificat de santé. Disponible sur : <https://www.formulaires.service-public.fr>
16. HAS. Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans. Recommandations novembre 2005. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Puits_Sillons_recos.pdf
17. AAPD. Guideline on Perinatal and Infant Oral Health Care. Disponible sur : <https://www.aapd.org>
18. EAPD. The first dental problems of the infants. Disponible sur : <https://www.eapd.eu>
19. UFSBD. Bébés - Enfants. Disponible sur : <https://www.ufsbd.fr>
20. EAPD. Prevention is effective when it starts early. Disponible sur : <https://www.eapd.eu>
21. AFFSA. Glucides et santé : Etat des lieux, évaluation et recommandations. Octobre 2004

22. UFSBD. Fiche conseil "Alimentation : manger sain et équilibré. Conseils alimentaires pour une bonne santé bucco-dentaire". Disponible sur : <http://www.ufsbd.fr>
23. EAPD. Guidelines on Prevention of Early Childhood caries : An EAPD Policy Document. EADP Interim meeting in Winterthur, Switzerland, March 2007, approved by the EAPD Board November 2008.
24. EAPD. Nutrition and tooth decay in infancy. Disponible sur : <https://www.eapd.eu>
25. SFOP. Vrai ou faux sur l'hygiène bucco-dentaire chez l'enfant. Disponible sur : <https://sfop.asso.fr>
26. Johansson I, Lif Holgerson P, Kressin NR, Nunn ME, Tanner AC. Snacking Habits and Caries in Young Children. *Caries Research*. nov 2010;44(5):421-30.
27. Marsh PD. Microbial Ecology of Dental Plaque and its Significance in Health and Disease. *Advances in Dental Research*. juill 1994;8(2):263-71.
28. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Consequences and preventive strategies. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:90-3.
29. UFSBD. Fiche conseils au patient "Comment brosser les dents de vos enfants". Disponible sur : <https://www.ufsbd.fr>
30. UFSBD. Fiche conseil "Les dents de votre enfant de la naissance à 6 ans". Disponible sur : <https://www.ufsbd.fr>
31. UFSBD. Les nouvelles recommandations en matière de fluor dans les dentifrices. Disponible sur : <http://www.ufsbd.fr>
32. SFOP. Recommandations. Disponible sur : <https://sfop.asso.fr>
33. Droz D, Sixou JL, DeLfoSSe C, VitaL S, MuLLer-BoLLa M. Le fluor en prévention primaire : Recommandations du Collège des Enseignants en Odontologie Pédiatrique. *Rev. Francoph. Odontol. Pédiatr*. 2021 ; 16(1) : 1-10
34. Hajishengallis E, Parsaei Y, Klein M i., Koo H. Advances in the microbial etiology and pathogenesis of early childhood caries. *Molecular Oral Microbiology*. 2017;32(1):24-34.
35. Ushida N, Ishihara K, Kobayashi N, Matsukubo T, Yakushiji M, Okuda K. Initial acquisition and transmission of *Streptococcus mutans* from Japanese mothers to children. *Pediatric Dental Journal*. 2009;19(1): 98–105
36. Li Y, Caufield PW. The fidelity of initial acquisition of mutans Streptococci by infants from their mothers. *Journal of Dental Research*. 1995;74(2):681-685.
37. UFSBD. Fiche conseil "Les dents de mon bébé". Disponible sur : <https://www.ufsbd.fr>
38. Alimentation du bébé : la diversification alimentaire. Disponible sur : <https://www.ameli.fr>
39. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on dietary recommendations for infants, children, and adolescents. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:96-100
40. UFSBD. Fiche conseil "Alimentation et carie chez l'enfant". Disponible sur : <https://www.ufsbd.fr>

41. Levy SM. Une mise à jour sur les fluorures et la fluorose. *Journal de l'Association dentaire canadienne*. 2003;69(5):286–91
42. Geneste A. Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire chez l'enfant de 0 à 3 ans par le médecin généraliste en Sarthe. [Thèse d'exercice] [Nantes, France] Université de Nantes. Faculté de Médecine ; 2010. 53p.
43. Decressain D. Pouce, tétine et autres suctions non nutritives. [Thèse d'exercice] [Nantes, France] Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche d'Odontologie ; 2017. 81p.

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : Représentation des déterminants de la carie dentaire selon le modèle conceptuel de Fisher-Owens
- Figure 2 : Représentation de la spécialité de l'échantillon
- Figure 3 : Histogramme de l'âge de l'échantillon
- Figure 4 : Représentation du genre de l'échantillon
- Figure 5 : Représentation du lieu d'exercice de l'échantillon
- Figure 6 : Histogramme de l'exercice urbain de l'échantillon
- Figure 7 : Représentation du pourcentage de praticiens recevant des enfants de 0 à 6 ans au cabinet
- Figure 8 : Représentation du pourcentage de praticiens réalisant une évaluation du risque carieux individuel
- Figure 9 : Histogramme du mode d'évaluation du risque carieux individuel
- Figure 10 : Histogramme des freins perçus par les praticiens concernant l'évaluation du risque carieux individuel
- Figure 11 : Représentation du pourcentage de praticiens conseillant aux parents d'emmener leur enfant chez un chirurgien-dentiste
- Figure 12 : Histogramme de l'âge auquel les praticiens conseillent la première visite chez un chirurgien-dentiste
- Figure 13 : Représentation du pourcentage de praticiens réalisant de la prévention bucco-dentaire par rapport aux habitudes alimentaires
- Figure 14 : Histogramme des sujets abordés par les praticiens lors de la réalisation de la prévention bucco-dentaire par rapport aux habitudes alimentaires
- Figure 15 : Illustration de l'UFSBD représentant les attaques acides au cours des prises alimentaires
- Figure 16 : Représentation du pourcentage de praticiens réalisant de la prévention au sujet des méthodes d'hygiène bucco-dentaire
- Figure 17 : Histogramme des conseils donnés par les praticiens au sujet de l'hygiène bucco-dentaire
- Figure 18 : Histogramme des conseils donnés par les praticiens concernant le brossage des dents
- Figure 19 : Représentation du pourcentage de praticiens ayant connaissance des recommandations de l'AFSSAPS d'octobre 2008 sur la prescription systémique de fluor dans la prévention de la carie dentaire
- Figure 20 : Représentation de la prescription systémique de fluor par les praticiens depuis les recommandations de l'AFSSAPS d'octobre 2008
- Figure 21 : Représentation du pourcentage de praticiens ayant connaissance des recommandations de l'UFSBD d'octobre 2019
- Figure 22 : Tableau de l'UFSBD représentant les nouvelles recommandations d'octobre 2019 concernant l'utilisation de dentifrice fluoré
- Figure 23 : Représentation du pourcentage de praticiens informant du risque de contamination croisée parents-enfants des bactéries cariogènes
- Figure 24 : Représentation du pourcentage de praticiens qui pensent que la prévention bucco-dentaire est un rôle qui leur incombe
- Figure 25 : Représentation du pourcentage de praticiens intéressés par un outil simple d'aide à la prévention bucco-dentaire chez les enfants de 0 à 6 ans

ANNEXES

Annexe 1 : Iconographie de l'Assurance Maladie représentant les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent.



AGIR ENSEMBLE, PROTÉGER CHACUN

EXAMENS DE SUIVI MÉDICAL DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

De la naissance à 16 ans, chaque enfant
bénéficie gratuitement de **20 examens de santé**.

Ils permettent de faire régulièrement le point sur leur santé avec un médecin*.



Dans les **8** jours suivant la naissance

Au cours de la **2^{ème}** semaine

Avant la fin du **1^{er}** mois

1 mois

2 mois

3 mois

4 mois

5 mois

8 mois

11 mois

12 mois

Entre **16 et 18** mois**

Entre **23 et 24** mois**

2 ans

3 ans

4 ans

5 ans

Entre **8 et 9** ans**

Entre **11 et 13** ans**

Entre **15 et 16** ans**



* Ces examens peuvent être réalisés par un médecin en cabinet libéral, en centre de santé, ou jusqu'à 6 ans en PMI.

** Inclus

Annexe 2 : Le troisième certificat de santé

TROISIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 24^e MOIS

Article L. 2132-3 du Code de la santé publique.

Ne pas remplir les cases tranchées

 N° 12598*05

Enfant	Nom																											
	Prénom																											
	Date de naissance :	Mois	Année																							Fém. <input type="checkbox"/>		
																										Masc. <input type="checkbox"/>		
	Lieu de naissance :																							COMMUNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Code postal																					Commune						
Adresse du domicile	M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>																							COMMUNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom																												
Prénom																			Tél.									
Adresse																												
	Code postal																					Commune						
	Code postal																					Commune						

Famille	Nom de naissance de la mère																								
	Prénom																			Date de naissance	Mois	Année	Mois		
	Nombre d'enfants vivant au foyer																								
	Faites-vous actuellement garder votre enfant ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui :																							
	Accueil collectif	<input type="checkbox"/>	Assistante maternelle	<input type="checkbox"/>	À domicile par un tiers	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>																	
Profession	► inscrire le numéro correspondant à votre réponse																								
Mère	<input type="checkbox"/>	1 Agriculteur exploitant	4 Profession intermédiaire	Mère	<input type="checkbox"/>	1 Activité salariée	5 Congé parental																		
Père	<input type="checkbox"/>	2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	5 Employé	Père	<input type="checkbox"/>	2 Autre activité	6 Chômeur																		
		3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure	6 Ouvrier			3 Retraité	7 Élève, étudiant, élève ou en formation																		
						4 Au foyer	8 Autre inactif																		

Examen médical	Examen effectué par un :																								
	Omnipraticien	<input type="checkbox"/>	L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière																		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>			
	Pédiatre	<input type="checkbox"/>	Je demande une consultation médicale spécialisée																		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>			
	Autre	<input type="checkbox"/>	Je souhaite être contacté par le médecin de PMI																		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>			
	Réalisé dans un(e) :																								
Cabinet médical privé	<input type="checkbox"/>																							Conclusions, précisions et commentaires :	
Consultation de PMI	<input type="checkbox"/>																								
Consultation hospitalière	<input type="checkbox"/>																								
Autre	<input type="checkbox"/>																								
cachet - téléphone																				Signature					
Je, soussigné(e)																				atteste avoir examiné l'enfant le :					
Mois																				Mois					
Année																				Année					

Annexe 3 : Le questionnaire qui a été réalisé via Google Forms

Les questions suivies d'un astérisque sont à réponse obligatoire.

Vous êtes : *

- Pédiatre
- Médecin généraliste

Age : *

Réponse courte

Genre : *

- Homme
- Femme

Lieu d'exercice : *

- Urbain
- Rural

Si urbain, dans quelle exercez-vous ?

Réponse courte : _____

1 – Suivez-vous des enfants de moins de 6 ans dans votre patientèle ? : *

- Non
- Souvent
- Parfois

2 – Évaluez-vous le risque carieux chez les enfants de 0 à 6 ans : *

- Oui
- Non

Si oui, par quel(s) moyen(s) évaluez-vous ce risque carieux ? : (plusieurs réponses possibles)

- L'interrogatoire
- L'examen clinique
- Autre ...

Si non, diriez-vous que cela est lié à : (plusieurs réponses possibles)

- Un manque de temps
- Un manque de compétences
- Un manque d'intérêt (ne se sent pas concerné)
- Un oubli
- Autre ...

3 – Quel que soit le risque carieux, conseillez-vous aux parents d'emmener leur enfant (0-6ans) chez un chirurgien-dentiste ? *

- Non
- Toujours
- Souvent
- Parfois

Si oui, à partir de quel âge :

- 0-1 an
- 1-2 ans
- 2-3 ans
- 3-4 ans
- 4-5 ans
- 5-6 ans

4 – Faites-vous de la prévention bucco-dentaire quant aux habitudes alimentaires ? *

- Non
- Toujours
- Souvent
- Parfois

Si oui, donnez-vous des conseils concernant : (plusieurs réponses possibles)

- Allaitement / biberon à la demande
- Boissons (jus de fruits, soda, biberon d'eau sucrée, ...)
- Sucre / miel sur la tétine
- Grignotage
- Bonbons
- Sucres cachés (médicaments, plats préparés, céréales, chips, ...)

5 – Faites-vous de la prévention quant aux méthodes d'hygiène bucco-dentaire ? *

- Non
- Toujours
- Souvent
- Parfois

Si oui, conseillez-vous : (plusieurs réponses possibles)

- Le brossage des gencives (avant l'éruption des premières dents)
- Le brossage des dents dès l'éruption des premières dents de lait (6 mois)
- Le brossage des dents à partir de 2 ans
- Le brossage des dents à partir de 6 ans
- Un matériel adapté à l'âge de l'enfant
- Un dentifrice adapté à l'âge de l'enfant

Si oui, conseillez-vous un brossage : (plusieurs réponses possibles)

- Le matin
- Le midi
- Le soir
- Au moins 30 minutes après un repas
- Réalisé par un adulte
- Supervisé par un adulte
- Pendant 2 à 3 minutes

7 – Avez-vous connaissance des recommandations de l'AFSSAPS d'octobre 2008 sur la prescription systémique de fluor dans la prévention de la carie dentaire ? *

- Oui
- Non

Si oui, diriez-vous que depuis cette recommandation vous prescrivez :

- Plus de fluor
- Mois de fluor
- Prescription de fluor équivalente

8 – Avez-vous connaissance des recommandations de l’UFSBD d’octobre 2019 sur l’utilisation de dentifrice fluoré dans la prévention de la carie dentaire ? *

- Oui
- Non

9 – Informez-vous les parents qu’il est possible de transmettre des bactéries cariogènes à leur enfant (en léchant la cuillère de l’enfant, la tétine, ...) ? *

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

10 – Pensez-vous que la prévention bucco-dentaire soit un rôle qui incombe au pédiatre et au médecin généraliste ? *

- Oui
- Non

11 – Seriez-vous intéressé(e) par un outil simple d’aide à la prévention bucco-dentaire chez les enfants de 0 à 6 ans ? *

- Oui
- Non

NANTES UNIVERSITÉ
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Vu le Président du Jury,

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Vu le Doyen,

Pr Assem SOUEIDAN

DELOBELLE (Eloïse) - La prévention bucco-dentaire chez les enfants de 0 à 6 ans : questionnaire auprès des médecins généralistes et des pédiatres. – 52f. ; ill. ; tabl. ; 43 réf. ; 30cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2023)

RESUME

La prévention bucco-dentaire chez les enfants de 0 à 6 ans est en nette amélioration depuis plusieurs années, notamment avec la mise en place du programme M'T Dents par l'Assurance Maladie qui offre une consultation gratuite chez un chirurgien-dentiste aux 3 et 6 ans de l'enfant. Néanmoins, dans certaines situations, ce dépistage est trop tardif, ce qui n'est pas sans conséquences sur la qualité de vie de l'enfant.

Entre la naissance et le sixième anniversaire, il existe 17 examens obligatoires réalisés par le médecin généraliste ou le pédiatre, qui sont autant de possibilités de réaliser un interrogatoire et un examen clinique afin de dépister les enfants à risque carieux élevé pour intercepter les comportements à risque et organiser une prise en charge précoce.

Notre étude a pour but de questionner les médecins généralistes et les pédiatres sur leur pratique en termes de prévention bucco-dentaire chez ces enfants afin d'identifier ce qui est déjà mis en place et surtout comment il est possible d'apporter des améliorations afin que la prévention bucco-dentaire soit mieux intégrée à la pratique courante de ces professionnels de santé.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Pédiodontie – Santé publique

MOTS CLEFS MESH

Pédiodontie – Pediatric dentistry

Prévention – Prevention

Enfant – Child

Médecin généraliste – General practitioner, Primary care physician

Pédiatre - Paediatrician

JURY

Président : Pr LOPEZ Serena

Assesseur : Dr JORDANA Fabienne

Assesseur : Dr EVRARD Lucas

Directeur : Pr ALLIOT-LICHT Brigitte