

UNIVERSITE TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

2013 - TOU3 - 1080

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN MEDECINE GENERALE**

SPECIALITE : MEDECINE GENERALE

PAR

Brice LORCA

Né le 15 Novembre 1984 à Bagnols sur Cèze

Présentée et soutenue publiquement le 15 Octobre 2013

**Quelles sont les connaissances actuelles
des parents sur la prévention
buccodentaire de leur(s) enfant ?**

Directeur de thèse : Madame le Dr DELAHAYE Motoko

Jury :

Président : Monsieur le Pr OUSTRIC Stéphane

Assesseur : Monsieur le Pr SALLES Jean Pierre

Assesseur : Monsieur le Pr POUTRAIN Jean Christophe

Assesseur : Monsieur le Dr BISMUTH Serge

Membre invité : Madame le Dr DELAHAYE Motoko

Membre invité : Monsieur le Dr HARANT Ivan Michel

TABLE DES ABREVIATIONS :

CPE : Carie précoce de l'enfant

AFSSAPS : Agence française sécurité sanitaire de produit de santé (devenue ASNM)

HAS : Haute autorité de santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

AAPD : l'American Academy of Pediatric Dentistry

ADA : Association Dentaire Américaine

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

AVANTS PROPOS /REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Professeur OUSTRIC Stéphane je vous remercie de m'accorder de votre temps et de me faire l'honneur de présider ce jury.

A Monsieur le Professeur SALLES Jean Pierre je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter d'être membre du jury.

A Monsieur le Professeur POUTRAIN Jean Christophe je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur BISMUTH Michel je vous remercie de me faire l'honneur d'être membre du jury.

Au Docteur DELAHAYE Motoko je te remercie de m'avoir guidé dans l'élaboration de ce travail et de t'être rendu aussi disponible. Grâce à ta patience et ta rigueur j'ai pu réaliser ce travail qui m'a passionné.

Au Docteur HARANT Ivan Michel je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter d'être membre invité du jury. Le stage et les remplacements que j'ai effectué au sein de votre cabinet m'ont convaincus que ma place est à Gages.

SOMMAIRE

I)	INTRODUCTION.....	6
II)	MATERIEL ET METHODE.....	8
	II.1) Le recueil des données.....	8
	II.2) La population de l'étude/Critères d'inclusion.....	8
	II.3) Les questionnaires.....	8
	II.4) L'analyse statistique.....	9
III)	RESULTATS.....	10
	III.1) Description de l'échantillon : Population d'enfants, de parents et de médecins.....	10
	III.2) Connaissances des parents.....	13
	III.2.1) Résultats par question.....	13
	III.2.2) Note globale au questionnaire Parents.....	18
	III.2.3) Analyse des notes selon les caractéristiques des parents.....	19
	III.2.3.1) Selon le sexe des parents.....	19
	III.2.3.2) Selon l'âge de la mère.....	20
	III.2.3.3) Selon l'âge du père.....	20
	III.2.3.4) Selon le niveau d'étude de la mère.....	20
	III.2.3.5) Selon le niveau d'étude du père.....	21
	III.3) Résultats au questionnaire médecins	22
	III.3.1) Note globale au questionnaire Médecins.....	22
	III.3.2) La transmission d'informations et de conseils sur la prévention lors des consultations.....	24
IV)	DISCUSSION.....	25
	IV.1) Hypothèse de départ et résultats principaux.....	25
	IV.2) Faiblesses de l'étude.....	25
	IV.3) Les questions.....	26
	IV.3.1) Partie sur l'hygiène alimentaire.....	26
	IV.3.2) Partie sur l'hygiène bucco-dentaire.....	29

IV.4) Objectifs secondaires.....	30
IV.4.1) Analyse en fonction des caractéristiques de l'échantillon de parents.....	30
IV.4.2) Comparaison des résultats du questionnaire parents à celui des médecins.....	31
IV.5) La carie précoce de l'enfant un problème fréquent.....	31
IV.6) Programme de prévention bucco-dentaire chez l'enfant actuel en France.....	33
V) CONCLUSION.....	35
VI) BIBLIOGRAPHIE.....	36
VII) ANNEXES.....	42

I) INTRODUCTION :

Selon l'OMS la carie dentaire demeure le troisième fléau mondial en terme de morbidité (1). Son incidence a fortement diminué depuis maintenant plus de 30 ans (2) et ce principalement grâce à l'utilisation des fluorures topiques ou systémiques (4). Cependant malgré le manque de données épidémiologiques à disposition on observe toujours des caries chez le jeune enfant (66).

La carie précoce de l'enfant (CPE) ou « early childhood carie » (ECC), dont la définition a été revue en 2011 par l'American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), correspond à : la présence d'une ou de plusieurs lésions carieuses, cavitaires ou non cavitaires ; à des dents absentes pour cause de carie ; et /ou la présence de surfaces dentaires obturées rencontrées en denture temporaire chez des enfants âgés de 6 mois à 6 ans (3).

Ce n'est que depuis 1999 à l'occasion d'un séminaire du National Institutes of Health (NIH) que les termes de CPE ou ECC sont employés. Ainsi dans un but d'uniformisation et de standardisation ils réunissent les différentes anciennes appellations que l'on peut retrouver dans la littérature, dont les principales sont : carie du biberon (baby bottle tooth decay), carie rampante (rampant carie), caries liées à l'alimentation du biberon (nursing bottle caries). En effet certaines de ces terminologies sont employées spécifiquement parce qu'elles permettent de nommer, à travers la terminologie, les pratiques en cause dans le développement des caries des enfants d'âge préscolaire (4).

Les critères cliniques diagnostiques de la CPE sont précisés par l'AAPD. En dessous de l'âge de 36 mois, une seule dent déminéralisée doit la faire suspecter. Entre 36 et 60 mois, c'est l'atteinte des incisives supérieures qui est le signe majeur. Après 71 mois (6 ans), l'atteinte se généralise et la plupart des dents peuvent être cariées à l'exception notable des incisives inférieures (5).

Age (mois)	Nombre de dents	Signe de/ou lésion dentaire	Type de dentition/ type de dents
< 36	1 ou +	Tout signe de déminéralisation	Primaire (temporaire)/ toutes confondues
36-60	1 ou +	Cariées, absentes, obturées	Primaire (temporaire)/ incisives
60-71	1 ou +	Cariées, absentes, obturées	Primaire (temporaire)/ toutes confondues

Tableau 1 : Critères cliniques permettant le diagnostic de carie précoce de l'enfance (CPE) selon l'American Academy of Paediatric Dentistry (3).

La carie dentaire précoce apparaît comme la résultante d'une contamination par les streptocoques mutans associée à de multiples baisses de pH de la plaque dentaire au cours de la journée par consommation d'aliment sucré à fort potentiel cariogène et à une consommation boisson à fort potentiel érosif.

Une carie précoce non traitée peut être à l'origine de conséquences infectieuses en s'étendant aux germes des dents permanentes et causer des lésions irréversibles (6). Par ailleurs la CPE est reconnue comme étant un facteur prédictif majeur de caries à l'adolescence et à l'âge adulte (7) (8). A moyen et long terme les CPE provoquent un retard staturo-pondéral, des perturbations dans l'acquisition de la phonation mais encore des problèmes psychologiques et relationnels, des changements de comportement et de la qualité de vie ainsi que des problèmes orthodontiques et esthétiques (6).

Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés ou suspectés, justifiant les différentes recommandations, et campagnes de prévention orientées vers les professionnels de santé et le grand public.

Le but de cette étude est de confronter l'état des connaissances des parents (quelle que soit l'origine et le mode d'acquisition de ces connaissances) aux recommandations actuelles de l'HAS concernant la prévention des caries dentaires de leur(s) enfant(s). Dans les objectifs secondaires nous chercherons à savoir s'il y a une catégorie particulière de parents à mieux informer, et nous comparerons les connaissances des parents à celles des médecins généralistes, acteurs de santé de premier recours durant la période la petite enfance.

II) MATERIEL ET METHODE :

Cette thèse est une étude transversale observationnelle descriptive qui repose sur la diffusion de questionnaires auprès de parents d'enfants, distribués dans les salles d'attente des médecins généralistes aveyronnais.

II.1) Recueil des données :

Il a été effectué entre le 17 décembre 2012 et le 15 février 2013.

L'ensemble des cabinets de médecine générale présents sur la liste du conseil de l'ordre de l'Aveyron ont été invités à participer à l'étude par un premier contact téléphonique.

Les médecins ayant accepté de participer à l'étude à l'issue du premier contact par téléphone ont reçu par courrier une enveloppe contenant dix questionnaires destinés à leurs patients, un questionnaire à leur attention ainsi qu'une enveloppe de retour affranchie.

Les questionnaires destinés aux parents devaient leur être remis en salle d'attente ou à l'issue de la consultation sous forme papier.

II.2) La population de l'étude/critères d'inclusion :

Pour le questionnaire patients, est incluse toute personne parent d'un ou de plusieurs enfants, âgé(s) de moins de 16 ans, présent en salle d'attente ou durant une consultation en cabinet de médecine générale et capable de comprendre ainsi que de remplir le questionnaire.

La sélection des patients répondant aux critères d'inclusion était assurée par le médecin exerçant dans le cabinet ou sa secrétaire.

Pour le questionnaire Médecin, tout médecin généraliste exerçant dans l'Aveyron seul ou en cabinet de groupe.

II.3) Les questionnaires :

Deux questionnaires ont été élaborés : le premier à destination des patients et le second aux médecins. (Annexes : N°1 et 2).

Ces questionnaires ont été réalisés à partir d'un guide de bonne pratique établi, lors d'une précédente thèse d'odontologie, à partir des recommandations de l'HAS sur la stratégie de prévention de la carie dentaire (9) (10).

Les deux questionnaires sont fermés à réponses uniques ou multiples selon les modalités des énoncés.

Ils sont divisés en 3 parties.

Une première partie concernant les renseignements descriptifs des populations de médecins et de parents ; avec un supplément pour le questionnaire destiné aux médecins comprenant des questions sur la communication d'informations sur la prévention bucco-dentaire aux parents lors des consultations.

Les deux autres parties des questionnaires médecins et parents d'enfant sont similaires. Elles comportent respectivement 6 et 11 questions sur les thèmes de l'hygiène alimentaire et de l'hygiène bucco-dentaire des enfants.

Au total les connaissances des parents et des médecins sont évaluées sur 17 questions, en leur attribuant une note globale de réponses correctes au questionnaire sur 17.

II.4) L'analyse statistique :

La base de données a été réalisée sur le logiciel Microsoft Excel®.

L'analyse statistique des caractéristiques de la population de l'étude et des résultats aux questionnaires destinés aux parents et aux médecins, s'est faite sur un mode purement descriptif.

Les moyennes des notes globales obtenues au questionnaire ont été comparées par le test pour échantillon lié wilcoxon en fonction de l'âge des répondants et par le test anova à l'aide du logiciel « XLSTAT »

Les résultats sont considérés comme significatifs pour un risque α de 5% soit $p < 0.05$.

III) RESULTATS :

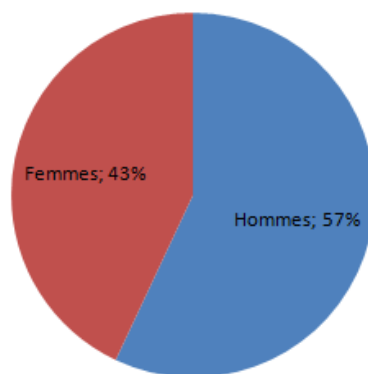
III.1) Description de l'échantillon : Population d'enfants, de parents et de médecins :

Sur les 1100 questionnaires distribués, 527 ont été remplis et retournés. 527 ont pu être exploités concernant l'analyse des résultats par question et 493 pour l'analyse des notes globales au questionnaire.

Sur les 270 coordonnées de médecins généralistes récupérées, 185 ont pu être contacté par téléphone et 110 d'entre eux ont accepté de participer à l'étude. Seulement 40 questionnaires médecins correctement remplis ont été retournés.

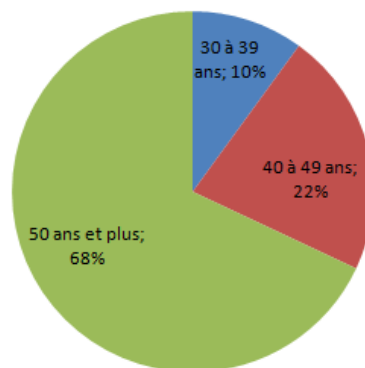
- **Caractéristiques de la population de médecins :**

Graphique 1 : Répartition des médecins selon le sexe :



Total de 40 médecins

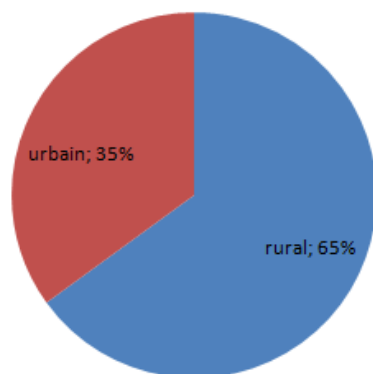
Graphique 2 : Répartition des médecins selon leur âge :



Total de 40 médecins

Avec une moyenne d'âge globale des médecins de 52 ans.

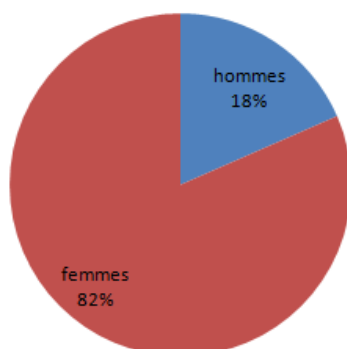
Graphique 3 : Répartition des médecins selon leur lieu d'exercice :



Total de 40 médecins

- **Caractéristiques de la population de parents :**

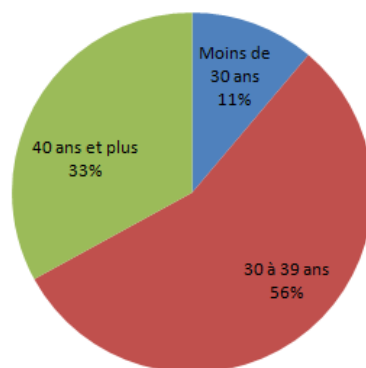
Graphique 4 : Répartition des parents selon le sexe :



Total de 525 parents

Sur les 527 réponses 1 personne n'a pas mentionné son sexe.

Graphique 5 : Répartition des parents selon leur âge :

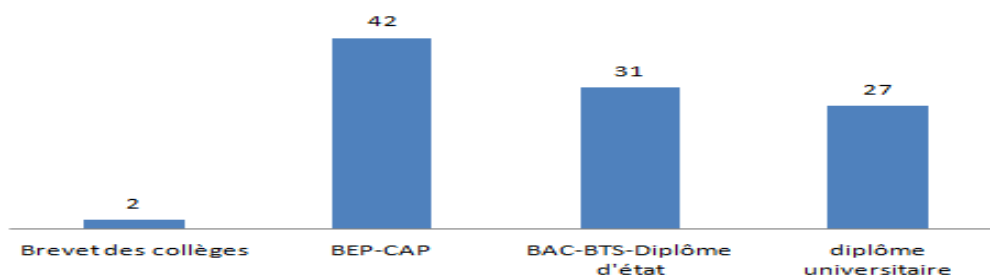


Total de 521 parents

Sur les 527 réponses 6 personnes n'ont pas communiqué leur âge

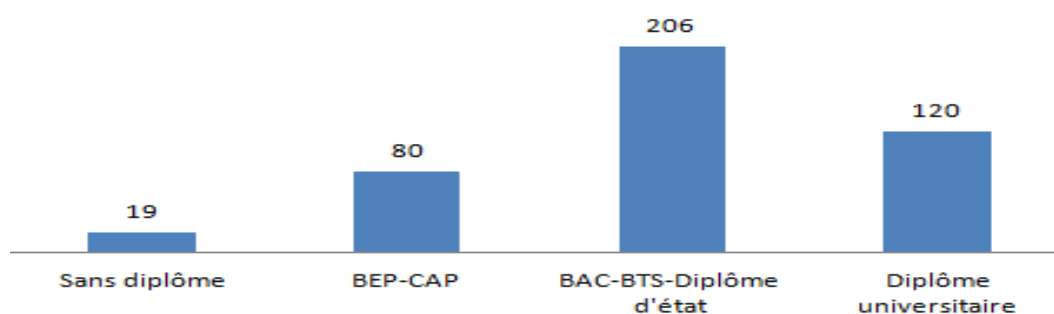
La moyenne d'âge des femmes est de 37 ans.

Graphique 6 : Répartition des pères selon leur niveau d'étude :



Total de 102 réponses

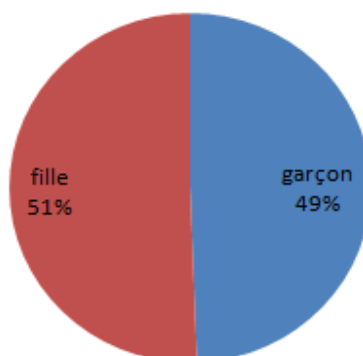
Graphique 7 : Répartition des mères selon leur niveau d'étude :



Total de 425 réponses

- **Caractéristiques de la population d'enfants :**

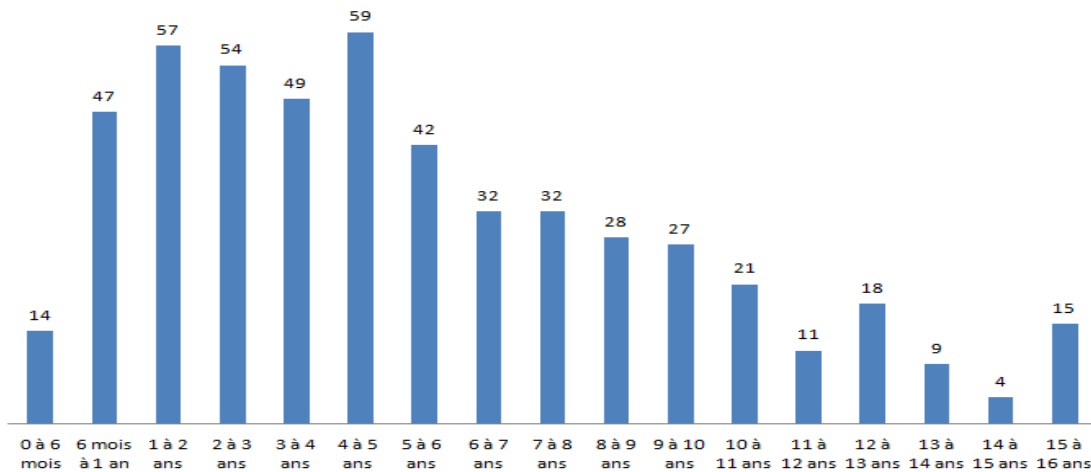
Graphique 8 : Répartition des enfants selon le sexe :



Total de 520 enfants

Sur les 527 réponses 7 parents n'ont pas mentionné le sexe de leur enfant.

Graphique 9 : Répartition des enfants selon leur âge :



Total de 520 enfants

Sur les 527 réponses 7 parents n'ont pas mentionné l'âge de leur enfant.

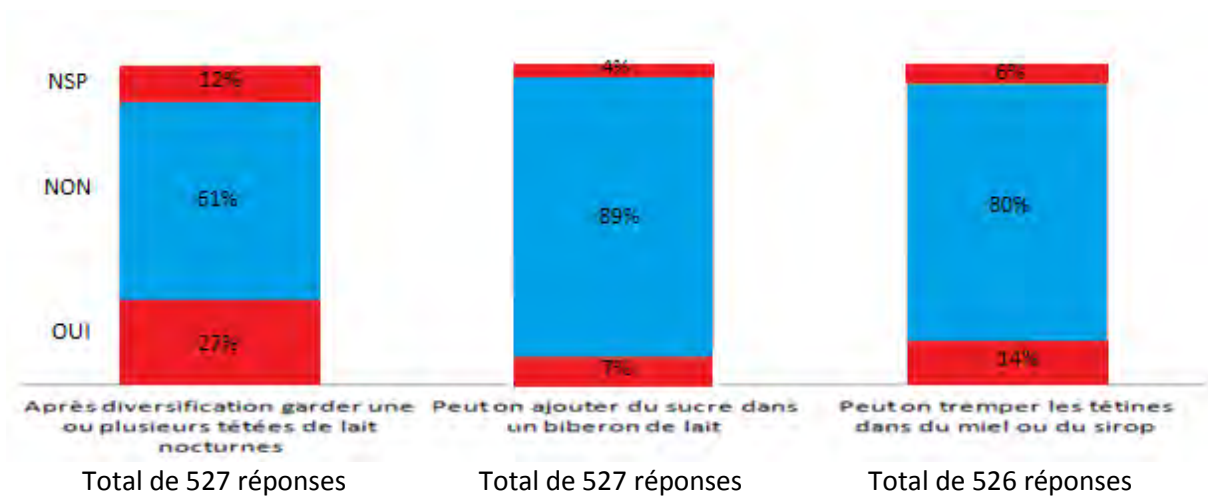
La moyenne d'âge des enfants est de 5 ans.

III.2) Connaissance des parents

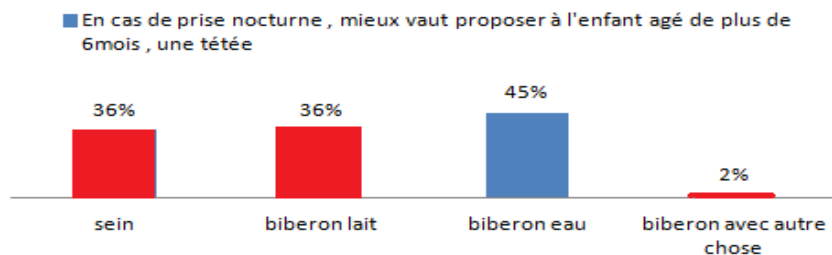
III.2.1) Résultats par question :

Les réponses justes sont représentées en bleu dans les graphiques N° 7 à 15.

Graphique 10 : Question n° 6/8/9 :

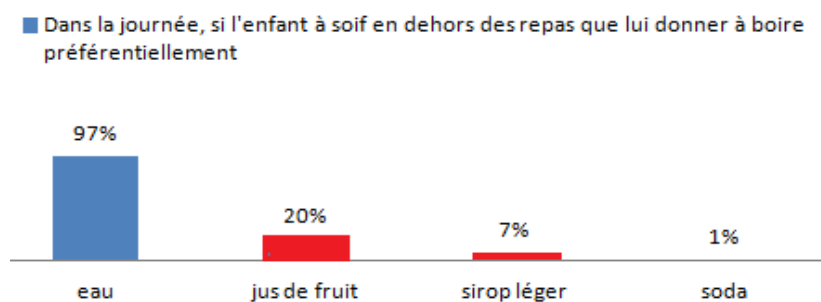


Graphique 11 : Question n° 7



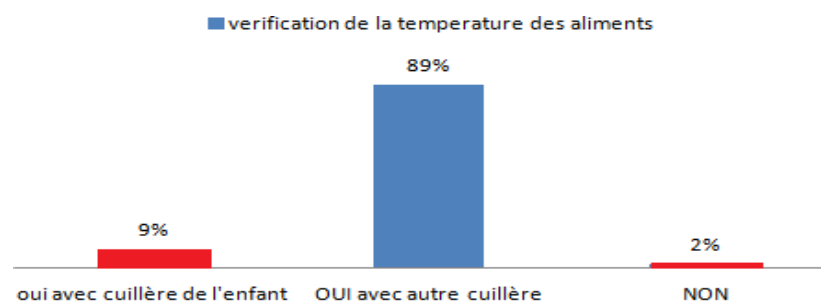
Total de 504 réponses

Graphique 12 : Question n° 10 :



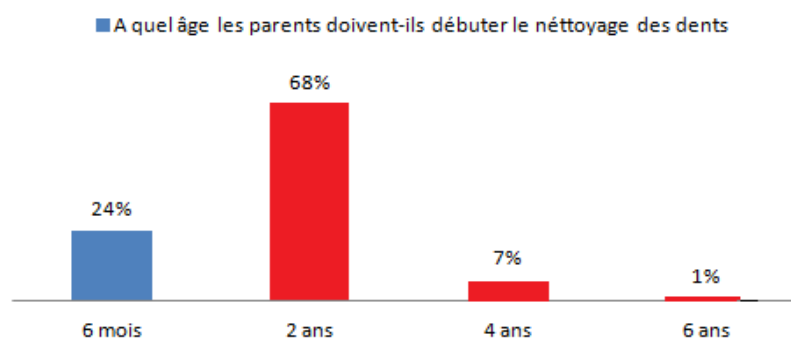
Total de 524 réponses

Graphique 13 : Question n° 11 :



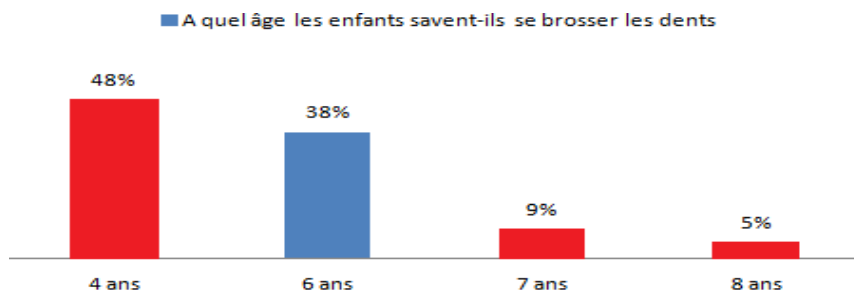
Total de 526 réponses

Graphique 14 : Question n° 12 :



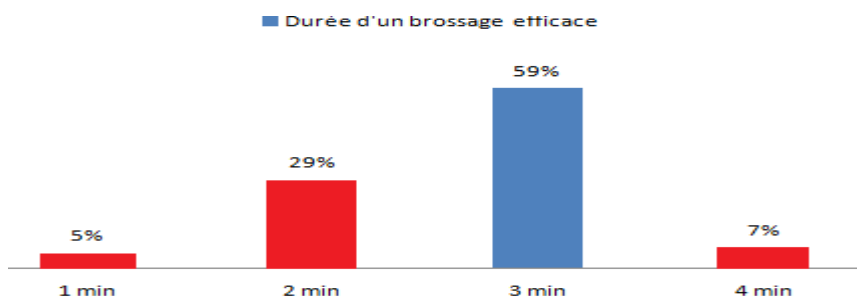
Total de 489 réponses

Graphique 15 : Question n° 13 :



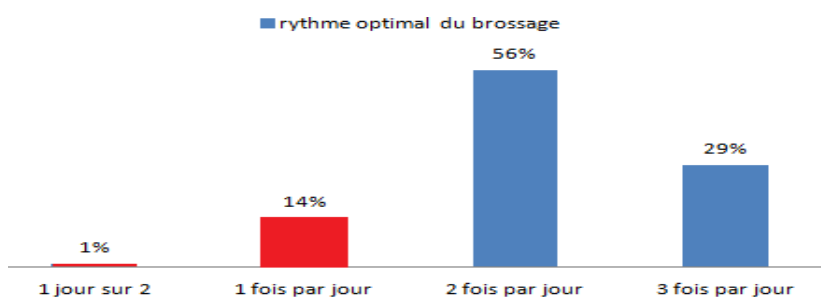
Total de 491 répondants

Graphique 16 : Question n° 14 :



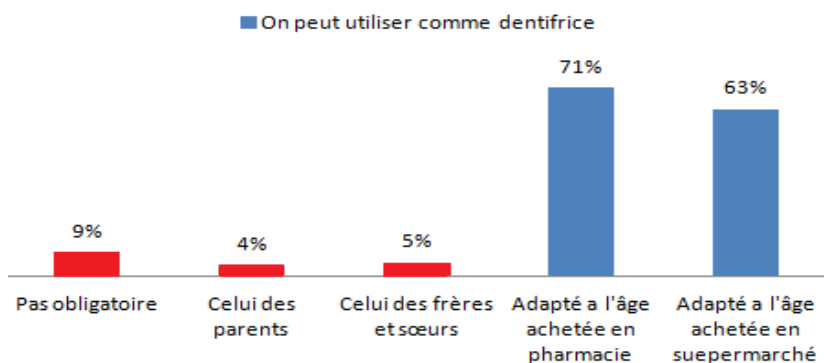
Total de 492 répondants

Graphique 17 : Question n° 15 :



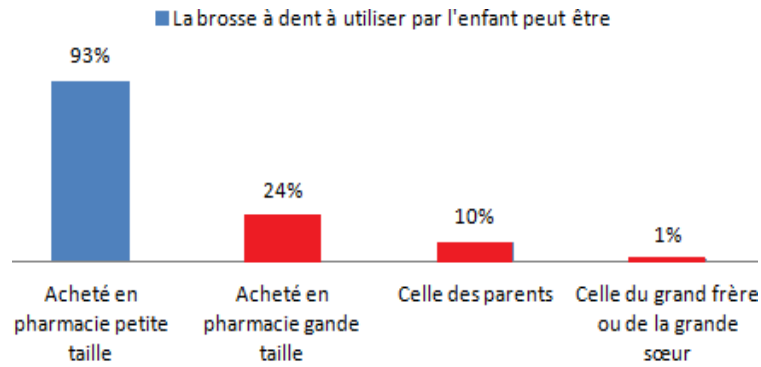
Total de 490 répondants

Graphique 18 : Question n° 16 :



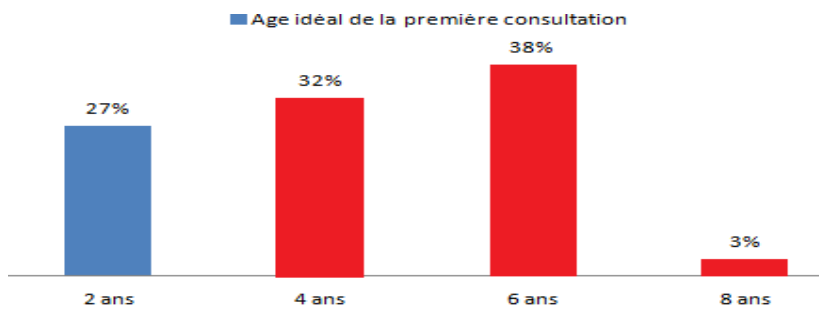
Total de 493 répondants

Graphique 19 : Question n° 17 :



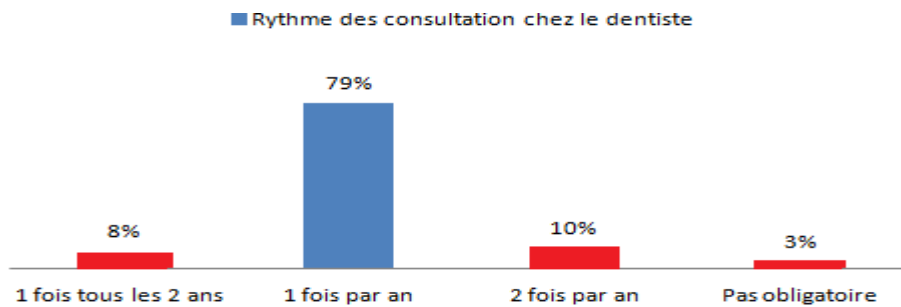
Total de 492 répondants

Graphique 20 : Question n° 18 :



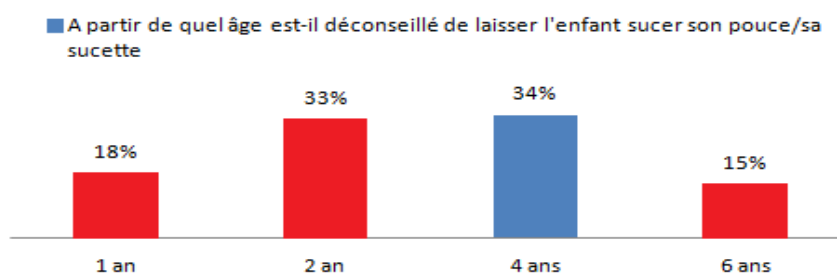
Total de 490 répondants

Graphique 21 : Question n° 19 :



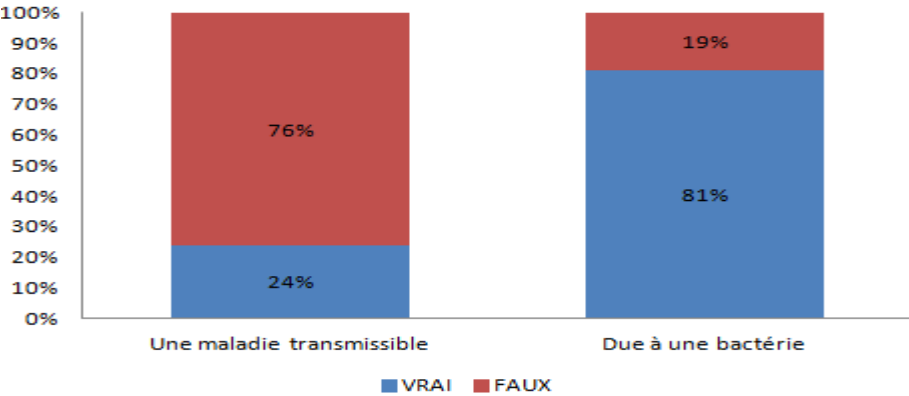
Total de 491 répondants

Graphique 22 : Question n° 20 :



Total de 488 réponses 488

Graphique 23 : Question n° 21/22 :



Total de 482 répondants

Total de 489 répondants

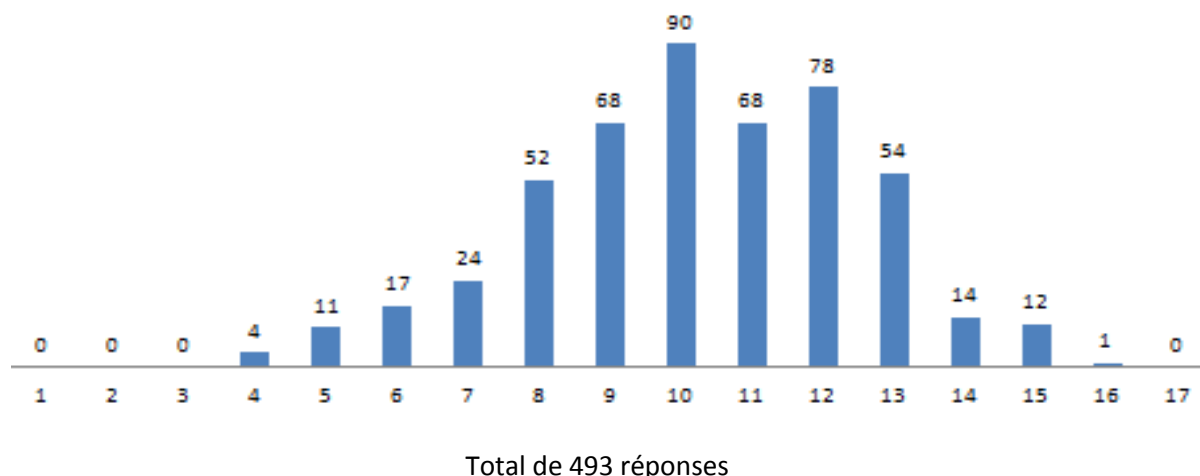
III.2.2) Note globale au questionnaire Parents :

Tableau 2 :

En rouge les questions ayant fait l'objet d'une majorité de réponses incorrectes.

Grille de réponses	Réponses incorrectes	Réponses correctes	Total
1- Après diversification (début des purées compotes, souvent après 6 mois), est-il conseillé de garder une ou plusieurs tétées de lait (au sein ou au biberon) la nuit ?	225 (38.9%)	322 (61.1%)	527
2- En cas de prise la nuit, il vaut mieux proposer à l'enfant de plus de 6 mois, une tétée	293 (58.1%)	211 (41.9%)	504
3- Peut-on ajouter du sucre dans un biberon de lait ?	56 (10.6%)	471 (89.4%)	527
4- Peut-on tremper les tétines (biberon et sucettes) dans du miel ou du sirop pour calmer un enfant ?	104 (19.8%)	422 (80.2%)	526
5- Dans la journée si l'enfant à soif en dehors des repas, que peut-on lui donner à boire préférentiellement ?	107 (20.4%)	417 (79.6%)	524
6- Peut-on vérifier la température des aliments de l'enfant, en les goutant	61 (11.6%)	465 (88.4%)	526
7- A quel âge les parents doivent-ils commencer à nettoyer les dents de leur enfant ?	371 (76.1%)	117 (23.9%)	489
8- A quel âge les enfants savent-ils se brosser les dents seuls ?	300 (71.1%)	191 (29.9%)	491
9- Combien de temps doit durer un brossage de dents pour être efficace	186 (37.8%)	306 (62.2%)	492
10- Rythme d'un bon brossage de dents	214 (43.7%)	276 (56.3%)	490
11- Le dentifrice à utiliser	77 (15.6%)	416 (84.4%)	493
12- La brosse à dent à utiliser	106 (21.5%)	386 (78.5%)	492
13- Quel est l'âge idéal de première consultation chez le dentiste pour un enfant ?	359 (73.3%)	131 (26.7%)	490
14- En dehors des problèmes, rythme des consultations chez le dentiste	79 (16.1%)	412 (83.9%)	491
15- A partir de quel âge est-il déconseillé de laisser l'enfant sucer son pouce/sa sucette	321 (65.8%)	167 (34.2%)	488
16- La carie dentaire est une maladie transmissible ?	401 (83.2%)	81 (16.8%)	482
17- La carie dentaire est due à une bactérie ?	67 (13.7%)	422 (87.3%)	489

Graphique 24 : Histogramme répartition des notes (notation sur 17) :



Au total 527 questionnaires ont été remplis

Sur les 527 répondants 445 ont répondu à l'ensemble des 17 questions.

41 personnes n'ont répondu qu'à seulement : 16 questions, 6 personnes à 15 questions, une personne à 14 questions, et enfin 34 personnes à moins de 7 questions.

Les moyennes des notes ont été effectuées sur 17 quel que soit le taux de question remplis, considérant ainsi comme fausse une absence de réponse.

Les 34 parents n'ayant répondu qu'à seulement 7 questions ont été exclus de l'analyse.

La moyenne globale des parents est de 10.2 sur 17.

III.2.3) Analyse des notes selon les caractéristiques des parents :

III.2.3.1) Selon le sexe des parents :

Tableau 3 :

Sexe du répondant	N	Moyennes	Ecart-types
Hommes	102	9,2	2,59
Femmes	391	10,5	2,13

Test de comparaison des moyennes $p < 0.0001$ (test wilcoxon)

Il existe une différence significative entre les sexes avec un score plus élevé chez les femmes.

III.2.3.2) Selon l'âge de la mère:

Tableau 4 :

Age de la mère	N	Moyennes	Ecart-types
Moins de 30 ans	45	10,5	1,96
30 à 39 ans	231	10,8	2,05
40 ans et plus	115	9,9	2,2

Test de comparaison des moyennes $p < 0.009$ (test anova)

Il existe une différence significative selon l'âge chez la mère, avec un score d'autant plus faible que l'âge est élevé.

III.2.3.3) Selon l'âge du père :

Tableau .5 :

Age du père	N	Moyennes	Ecart-types
Moins de 30 ans	15	10,7	3,05
30 à 39 ans	49	9	2,51
40 ans et plus	38	8,9	2,29

Test de comparaison des moyennes $p = 0.01$ (test anova)

Il existe une différence significative entre l'âge des répondants chez les pères avec un score plus élevé chez les plus jeunes.

III.2.3.4) Selon le niveau d'étude de la mère :

Tableau 6 :

Diplôme de la mère	N	Moyennes	Ecart-types
Sans diplôme-Brevet des collèges	19	8,7	2,07
BEP-CAP	74	9,8	2,28
Bac-BTS-Diplômes d'état	188	10,5	2,01
Diplôme universitaire	110	11,3	1,85

Test de comparaison des moyennes $p < 0.0001$ (test anova)

Plus le niveau d'étude est élevé chez la mère plus la note moyenne au questionnaire est élevée de façon significative.

III.2.3.5) Selon le niveau d'étude du père :

Tableau 7 :

Diplôme du père	N	Moyennes	Ecart-types
Sans diplôme-Brevet des collèges	2	5	0
CAP-BEP	42	8,3	2,24
BAC-BTS-Diplôme d'état	31	9,6	2,32
Diplôme universitaire	27	10,7	2,51

Test de comparaison des moyennes $p < 0.01$ (test anova)

Il existe une différence significative selon le niveau d'étude chez le père, avec un score plus élevé chez les haut niveaux d'étude.

III.3) Résultats questionnaire médecins :

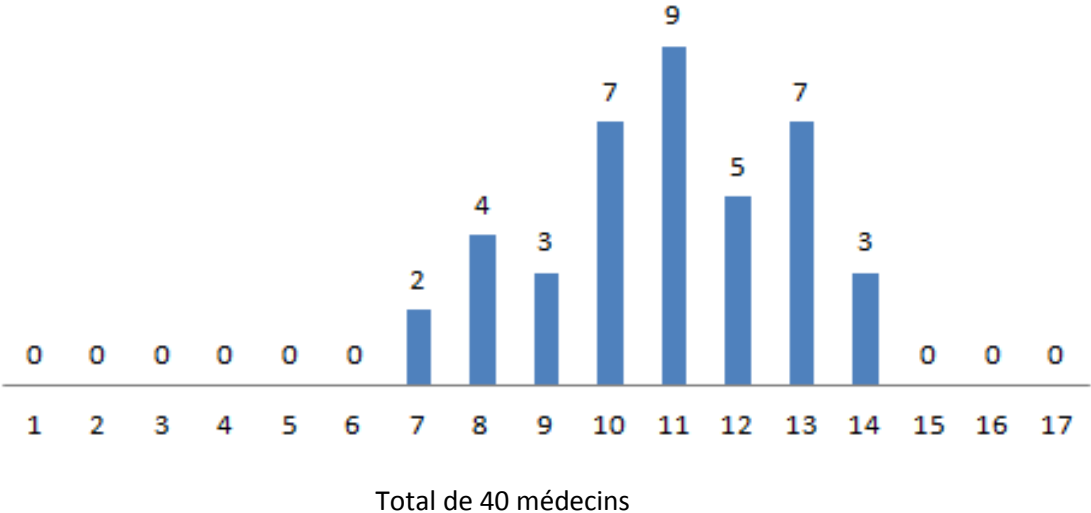
III.3.1) Note globale au questionnaire Médecins :

Tableau 8 :

En rouge les questions ayant fait l'objet d'une majorité de réponses incorrectes

Grille de réponses	Réponses incorrectes	Réponses correctes	Total
1- Après diversification (début des purées compotes, souvent après 6 mois), est-il conseillé de garder une ou plusieurs tétées de lait (au sein ou au biberon) la nuit ?	6 (15%)	34 (85%)	40
2- En cas de prise la nuit, il vaut mieux proposer à l'enfant de plus de 6 mois, une tétée	15 (37.5%)	25 (62.5%)	40
3- Peut-on ajouter du sucre dans un biberon de lait ?	1 (2.5%)	39 (97.5%)	40
4- Peut-on tremper les tétines (biberon et sucettes) dans du miel ou du sirop pour calmer un enfant ?	8 (20%)	32 (80%)	40
5- Dans la journée si l'enfant à soif en dehors des repas, que peut-on lui donner à boire préférentiellement ?	0 (0%)	40 (100%)	40
6- Peut-on vérifier la température des aliments de l'enfant, en les goutant	5 (12.5%)	35 (87.5%)	40
7- A quel âge les parents doivent-ils commencer à nettoyer les dents de leur enfant ?	34 (85%)	6 (15%)	40
8- A quel âge les enfants savent-ils se brosser les dents seuls ?	26 (66.5%)	13 (33.5%)	39
9- Combien de temps doit durer un brossage de dents pour être efficace	24 (61.5%)	15 (38.5%)	39
10- Rythme d'un bon brossage de dents	6 (15%)	33 (85%)	39
11- Le dentifrice à utiliser	8 (20%)	32 (80%)	40
12- La brosse à dent à utiliser	10 (25%)	30 (75%)	40
13- Quel est l'âge idéal de première consultation chez le dentiste pour un enfant ?	32 (80%)	8 (20%)	40
14- En dehors des problèmes, rythme des consultations chez le dentiste	8 (20%)	32 (80%)	40
15- A partir de quel âge est-il déconseillé de laisser l'enfant sucer son pouce/sa sucette	8 (80%)	32 (20%)	40
16- La carie dentaire est une maladie transmissible ?	26 (68.5%)	12 (30%)	38
17- La carie dentaire est due à une bactérie ?	3 (7.5%)	37 (92.5%)	40

Graphique 25 : Histogramme de la répartition des notes médecins :

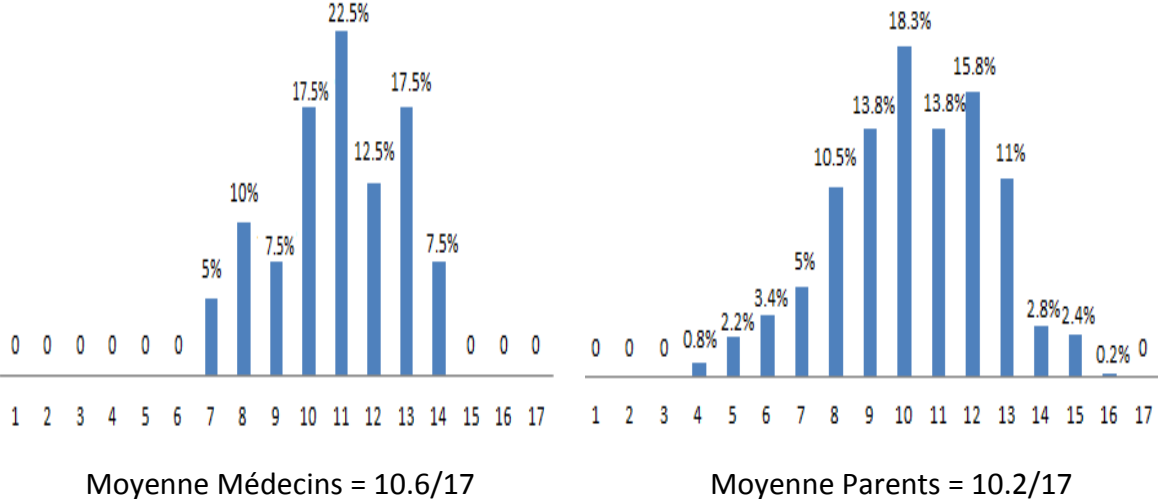


Au total 40 questionnaires médecins ont été remplis.

38 ont répondu à l'ensemble des questions, 2 médecins à 16 questions, et 1 médecin à 15 questions.

La moyenne globale des médecins est de 10.6 sur 17.

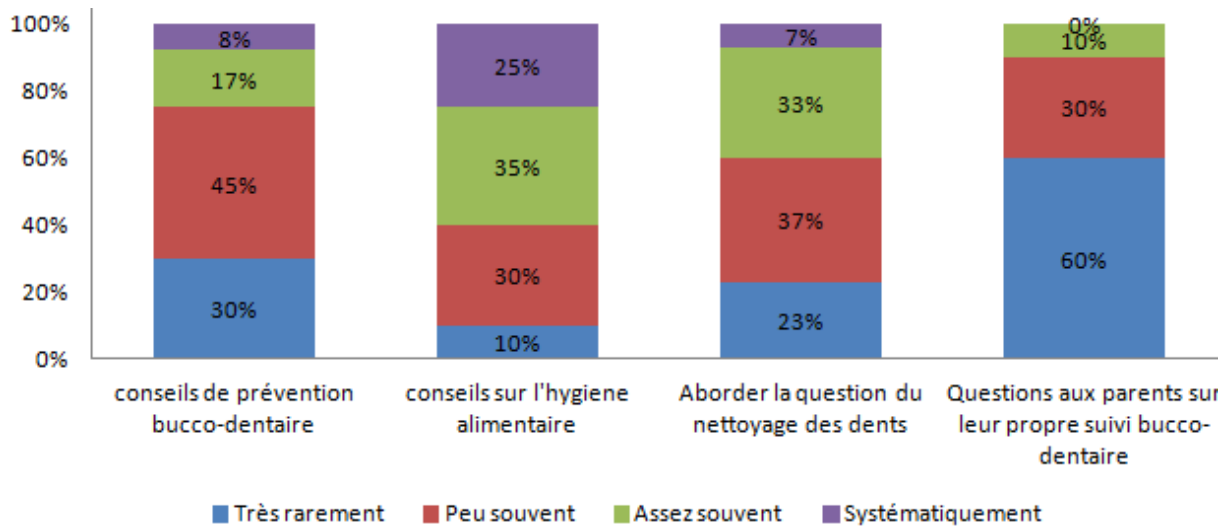
Graphique 26 : Comparaison des histogrammes notes médecins et notes parents :



III.3.2) La transmission d'informations et de conseils sur la prévention

Bucco-dentaire lors des consultations :

Graphique 27 : Questions 4 6 7 et 8 :



IV) DISCUSSION :

IV.1) Hypothèse de départ et résultats principaux :

Tout comme le laissait supposer notre expérience personnelle lors des consultations d'enfants en bas âges, notre hypothèse principale de départ était que la connaissance des parents sur la santé buccodentaire de leur(s) enfant est insuffisante ; de même pour les médecins généralistes acteurs de soins principaux en premier recours.

Les résultats des notes globales aux questionnaires montrent une moyenne globale de 10.2 sur 17 pour les parents (graphique 25) et de 10.6 sur 17 pour les médecins (graphique 26). Les connaissances des parents semblent donc moyennes tout comme celles des médecins généralistes, confortant ainsi notre hypothèse de départ.

IV.2) Faiblesses de l'étude :

Concernant la population de parents, la sélection de l'échantillon pour des raisons de faisabilité a été effectuée uniquement en cabinets de médecine générale. Les parents consultants en PMI ou aux services d'urgences n'ont pu être inclus dans l'étude. Ceci pourrait ainsi expliquer l'âge moyen des mères supposé au premier enfant de l'échantillon de 32 ans (moyenne d'âge des mères de 37 ans pour une moyenne d'âge d'enfant de 5 ans) plus élevé que la moyenne nationale en 2010 de 28 ans selon l'INSEE (11).

Cette hypothèse se conforte également lorsque l'on constate que le niveau du dernier diplôme obtenu sur la population des mères oscille entre les catégories I et IV, plus élevé que les moyennes observées en Aveyron lors du recensement de 2010, en sachant que plus le diplôme de la femme est élevé, plus le premier enfant arrive tard (11).

D'autres éléments sont susceptibles d'être à l'origine d'un important biais de sélection, comme l'absence de randomisation de l'échantillon.

Malgré les plus de 500 questionnaires remplis et exploitables cette étude ne peut être que majoritairement descriptive, les échantillons dans le cadre de ce type d'étude devant avoisiner la dizaine de milliers de répondants pour donner des résultats significativement comparables à la population mère.

Concernant la population de médecins tout comme pour la population des parents celle-ci n'as pas été sélectionnée de manière aléatoire.

Les questionnaires ont été remplis sur la base du volontariat.

Dans cette étude les femmes représentent 43% des médecins ayant répondu au questionnaire, ce qui est supérieur à la réalité des 24% de médecins généralistes femmes en Aveyron constatée au 01-01-2009 (12). Cependant, la moyenne d'âge des médecins de l'échantillon est similaire à celle des médecins généralistes d'Aveyron de 53 ans (12).

IV.3) Les questions :

IV.3.1) Partie sur l'hygiène alimentaire :

Concernant cette partie du questionnaire les parents répondent majoritairement de façon correcte. Cependant certaines questions comme celle de la prévention de la transmission des bactéries cariogènes ou des méthodes d'apaisement nocturne de l'enfant demeurent mal comprises par les répondants.

Sur le plan physiopathologique, la carie dentaire est une maladie multifactorielle et est la conséquence d'une combinaison de facteurs inter-reliés (13).

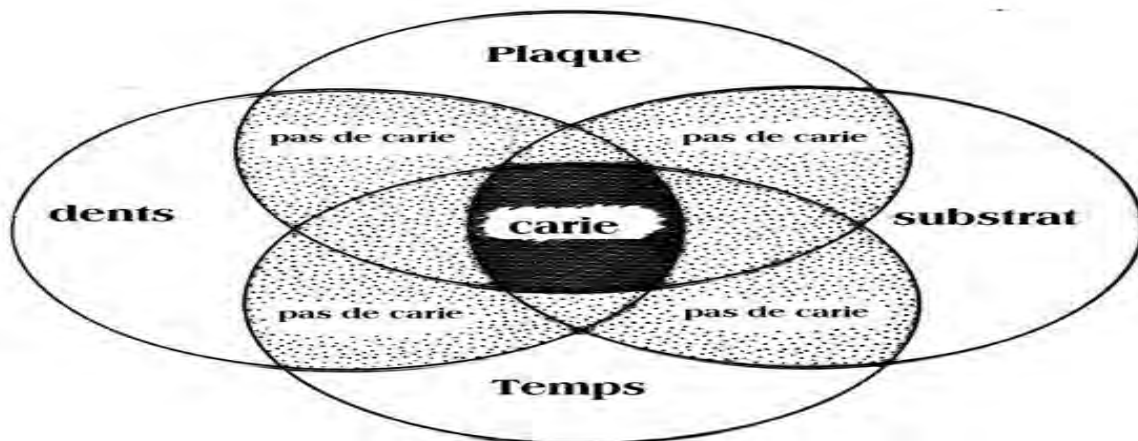


Figure 1 : Trilogie modifiée de Keys (13)

La carie dentaire est la résultante de la dégradation des sucres cariogènes en acide lactique par certaines bactéries, aboutissant à la diminution du pH de la plaque dentaire, s'en suivant la déminéralisation de celle-ci et la dissolution de l'émail (14).

Parmi les bactéries responsables de la formation des caries la classe la plus importante est celle des streptocoques mutans (Sm). Les études en montrent des taux très élevés chez les enfants qui ont des caries (15) et confirment leur implication dans les lésions carieuses initiales, les lactobacilles et actinomyces apparaissant plus tard dans les lésions carieuses profondes (16). La transmission du Streptococcus mutans de la mère à son nouveau-né est bien documentée (17) avec une acquisition, quasi exclusivement par la mère, entre 19 et 31 mois, une fenêtre d'infectiosité entre le 19^{ème} et le 31^{ème} mois correspondant à l'éruption des incisives inférieures et des molaires supérieures (18) (19). Une étude publiée en 2008 a démontré que plus le taux de Sm est élevé chez la mère plus le risque de transmission est élevé (20). La suppression des réservoirs de Sm chez la mère a par ailleurs permis de prévenir ou de retarder l'infection chez les nourrissons (21). Cette transmission verticale de la mère à l'enfant se fait soit indirectement par le biais de la cuillère (22) ou directement par le baiser.

Cependant la transmission pourrait se faire également sur un mode horizontal, mécanisme suspecté suite à l'isolement de colonies de Sm aux géotypes identiques sur un grand nombre d'enfants âgés de 12 à 30 mois fréquentant des garderies (23). La précocité de l'infection est d'une importance particulière car elle a été associée à un niveau de carie supérieur comparativement aux enfants chez qui l'acquisition est plus tardive (24).

Lorsque l'on compare les résultats de la question concernant la vérification de la température des aliments à celle interrogeant sur la caractéristique transmissible ou non de la maladie carieuse on constate une nette incohérence : les parents répondant à 89% qu'il ne faut pas goûter les aliments avec la cuillère de l'enfant (graphique 13), mais ne concevant pas cette conduite comme un risque de transmission des bactéries cariogènes avec seulement 24% de répondants (graphique 23). Néanmoins 81% des répondants reconnaissent la carie dentaire comme une maladie d'origine bactérienne (graphique 23).

Une explication peut venir de l'impact des nombreuses campagnes publicitaires mettant en avant l'action antibactérienne sur la plaque dentaire de leurs différents produits sans pour autant informer explicitement sur le caractère transmissible des bactéries de la mère à l'enfant.

Les questions sur le comportement vis-à-vis de la consommation des sucres chez le jeune enfant témoignent d'une bonne connaissance globale de la part des parents avec 97% d'entre eux adoptant l'eau comme unique apport hydrique à proposer à un enfant ayant soif en dehors des repas et 89% d'entre eux condamnant la supplémentation sucrée dans un biberon lacté (graphique 10).

Ainsi cette partie du questionnaire se révèle en harmonie avec les connaissances scientifiques actuelles sur le rôle de la consommation alimentaire sucrée dans l'apparition des caries dentaires.

En effet parmi les sucres, le saccharose est le seul à être métabolisé en dextrane qui favorise l'adhésion des bactéries. Il est l'aliment cariogène principal (25).

Après exposition aux sucres cariogènes le retour à la normale du pH de la plaque est lent, ce qui suggère qu'un apport fréquent de sucres cariogènes conduit au maintien permanent d'un pH bas. Ainsi la fréquence de la consommation d'hydrate de carbone (grignotage ou libre accès aux sodas) est plus importante que la quantité ingérée (26) (27). En 1990 Mundorff SA et al établissent un classement du potentiel cariogénique des aliments et du potentiel érosif des boissons (28).

Si la plupart des parents semble savoir que la fréquence des apports sucrés favorise le développement des caries, ils sont beaucoup moins à connaître les effets négatifs des mésusages de l'allaitement avec un peu moins d'un tiers d'entre eux estimant bénéfique de garder un allaitement nocturne après diversification (graphique 10), et plus de la moitié des parents pensant comme licite de donner en cas de prise nocturne un apport liquide autre que de l'eau (graphique 11).

Depuis de nombreuses années les études visant à établir ou non l'allaitement comme un facteur de risque de carie précoce ont été publiées.

Le lait maternel ou de vache contient du lactose, un sucre potentiellement cariogénique (29) mais qui selon les études expérimentales après métabolisation par les bactéries n'abaisse pas le pH de la plaque dentaire au dessous du seuil de cariogénicité (29).

En 1977 Kotlow a publié des études de cas rapportant des observations cliniques selon lesquelles l'allaitement sur demande serait peut-être associé au développement de caries de la petite enfance (30).

En 2007 une grande étude américaine n'a pas permis d'établir un lien significatif entre la carie dentaire du jeune enfant et l'allaitement (31), tout comme une autre étude récemment publiée dans le journal de l'Association Dentaire Américaine (ADA) ayant consisté à faire un recensement exhaustif de la documentation de 2008 et qui conclut à « la nécessité de mener des recherches scientifiques rigoureuses pour déterminer s'il y a véritablement un lien entre l'allaitement et la carie de la petite enfance puisqu'il manque de données probantes » (32).

Si l'allaitement n'est pour le moment pas considéré en lui-même comme un facteur de risque de carie précoce ce n'est pas le cas lorsque celui-ci fait l'objet d'un mésusage principalement par le biais d'une utilisation inadéquate du biberon pendant la nuit (et/ou la sieste) et/ou l'addition d'édulcorants à base d'hydrates de carbone (33).

En effet ces deux pratiques ont fait l'objet de nombreuses études dont une datant de 2008 faite sur 771 enfant de moins de 2 ans en 2003 à Zurich : 12.6 % des enfants étaient atteints de carie précoce avec une prépondérance pour ceux bénéficiant d'un apport lacté nocturne ainsi que la prise de boissons sucrées non lactées au cours de la journée (34) (35) (36). La nuit au fur et à mesure que l'enfant s'assoupit et s'endort le rythme de déglutition diminue, la fonction d'auto-nettoyage de la langue disparaît, la sécrétion et le flux salivaire décroissent et le liquide présent dans la cavité buccale stagne favorisant l'apparition des caries.

Ce problème est d'autant plus important que les mères semblent utiliser fréquemment ces pratiques dans le but d'apaiser leur enfant comme le souligne une enquête transversale publiée dans le Journal de l'Ordre des dentistes du Québec en avril 2006, montrant que 29% des mères mettent leurs enfants au lit avec un biberon de lait de vache tous les soirs (potentiellement cariogène), 9% avec une collation sucrée, 6% avec un biberon d'eau sucrée ou à base de boisson à saveur de fruit ou de jus de fruit naturel ou boisson gazeuse. 2% leurs donnent des friandises ou bonbons (37).

Pour conclure sur l'allaitement et ces mésusages mis en œuvre dans un but d'apaisement de l'enfant, l'AAPD recommande un sevrage du biberon entre douze et dix huit mois avec un apprentissage de la prise de boisson à la tasse à partir de un an ainsi que de cesser l'allaitement nocturne dès l'apparition de la première dent (38).

Tout comme l'endormissement au biberon sucré, l'incrimination de l'usage de la tétine sucrée dans l'apparition de la CPE fut prouvée à plusieurs reprises notamment dans une revue de la littérature réalisée par Peressini S en 2003 (39).

IV.3.2) Partie sur l'hygiène bucco-dentaire :

Si les connaissances des parents concernant les facteurs de risques diététiques de caries dentaires semblent dans cette étude plutôt correcte il en est d'un tout autre ordre concernant celles sur l'hygiène bucco-dentaire essentiellement centrées sur les bonnes utilisations du fluor chez l'enfant.

Le fluor utilisé par voie topique inhibe la production d'acide lactique par les bactéries cariogènes et contribue ainsi à la reminéralisation de l'émail. L'efficacité cario-protectrice maximale est obtenue grâce à des apports faibles mais réguliers de fluorures dans la cavité buccale assurant la présence continue d'ions fluorures à la surface de l'émail.

Il est important de signaler que dans cette étude nous avons choisis de ne pas aborder le thème du fluor de façon directe dans le questionnaire, l'apport de fluor systémique uniquement sur prescription médicale ne s'intégrant pas dans la sphère de l'objectif principal. De plus citer le mot fluor dans les questions sur le nettoyage des dents ou le dentifrice à utiliser aurait été susceptible d'influencer les parents dans le choix de leurs réponses.

Concernant la pratique du nettoyage des dents on constate dans cette étude des résultats très divergents selon les thèmes abordés par le questionnaire.

En effet près des trois quarts d'entre eux non seulement estiment inutile de débiter le brossage dès l'apparition des premières dents (graphique 14) mais n'ont également aucune idée de l'âge à partir duquel l'enfant peut nettoyer ses dents seul (graphique 15).

Une étude publiée en juin 2009 portant sur le développement des enfants au Québec et de l'évolution de leurs habitudes de vie montre que seulement 12% des enfants se sont fait brosser les dents pour la première fois par leurs parents à l'âge de 6 mois, pour 64 % à l'âge de 1 an, 96 % vers 18 mois et la totalité d'entre eux à l'âge de 24 mois (40).

Pour l'âge auquel l'enfant se brosse intégralement les dents seul on arrive approximativement vers l'âge de 8 ans (40).

En revanche les questions sur le rythme du nettoyage (graphique 17), sa durée (graphique 14) ainsi que sur le dentifrice à utiliser (graphique 18), font l'objet d'une majorité de réponses correctes en adéquation avec les récentes recommandations de l'AFSSAPS énonçant que quel que soit le niveau de risque carieux, on doit brosser au minimum deux fois par jour les dents de l'enfant avec un dentifrice fluoré ayant une teneur en fluor adaptée à l'âge (41).

Chez l'enfant à risque carieux élevé une supplémentation fluorée topique ou systémique peut être prescrite ou appliquée et doit être précédée d'un bilan des apports fluorés quantifiables (41).

Les questions 18 et 19 (graphiques 20 et 21) sont centrées sur les consultations chez le dentiste. On constate que la grande majorité des répondants donnent un âge de première consultation chez le dentiste bien plus tardif que celui des recommandations actuelles de l'HAS, à savoir 1 an (10)

Pour finir les para-fonctions orales (bruxisme, onychophagie, succion non-nutritive...) sont abordées dans la question 20.

Elles sont communes chez les enfants, cependant si elles persistent, elles peuvent être nocives pour les structures bucco-faciales (42).

Dans cette étude plus de 65% des parents ne savent pas à partir de quel âge ces pratiques deviennent nocives pour la santé de leur(s) enfants (graphique 22).

IV.4) Objectifs secondaires

IV.4.1) Analyse en fonction des caractéristiques de l'échantillon de parents :

Un des objectifs secondaires de cette étude était de définir un type de population à informer en priorité.

Nous remarquons que les résultats des notes globales au questionnaire sont de manière significative plus faible chez les hommes (tableau 3). Ce résultat était toutefois fortement suspecté, la proportion de mères ayant répondu au questionnaire étant bien plus importante que celle des hommes, reflétant ainsi une implication plus importante de la mère au niveau du suivi médical de l'enfant.

On constate également que quelque soit le sexe, plus l'âge du répondant est élevé, plus la note globale obtenue au questionnaire est faible (tableau 4 et 5).

Le niveau de diplôme influe de manière significative dans les deux sexes sur la note globale au questionnaire avec un score d'autant plus élevé que le diplôme est important (tableau 6 et 7).

Cependant ce résultat nécessite de souligner la présence d'un possible biais par le regroupement de certaines classes de diplômes tels que les sans diplôme et brevets des collèges, les effectifs dans ces catégories étant trop faibles pour être étudiés séparément.

Ainsi les hommes les plus âgés, dont le niveau de diplôme est faible, semblent représenter la partie de la population cible à informer en priorité sur la prévention de la carie précoce.

A noter que nous n'avons pas étudié les résultats selon les catégories socioprofessionnelles ou selon les niveaux de revenus des foyers, ayant bien spécifié que l'objectif principal de cette étude est de déterminer le degré de connaissance et non les comportements et pratiques des sujets qui pourraient être influencés par les moyens financiers des ménages comme l'ont démontré de nombreuses études.

IV.4.2) Comparaison des résultats du questionnaire parents à celui des médecins :

Comme nous nous y attendions, le degré de connaissance sur la prévention de la CPE n'est guère plus élevé dans l'échantillon de médecins interrogés avec une note globale moyenne de 10,6 sur 17 contre 10,2 sur 17 pour les parents.

Ce résultat concorde avec celui des parents chez qui nous avons constaté des résultats plus faibles chez les hommes et dans la tranche d'âge élevé, la grande majorité des médecins interrogés étant des hommes appartenant à la tranche d'âge la plus âgée.

Supposant que les généralistes constituent une des principales sources d'information à disposition des parents de jeunes enfants, il apparaît nécessaire d'améliorer leur niveau de connaissance sur la prévention de la CPE afin de relever celui des parents.

Ces résultats n'ont pu toutefois faire l'objet d'une analyse statistique, compte tenue la petite taille de l'échantillon de la population de médecins.

De nouvelles études avec des échantillons de médecins plus conséquents explorant leur niveau de connaissance ou l'impact des informations qu'ils délivrent aux parents pourraient se révéler intéressantes.

IV.5) La carie précoce de l'enfant un problème fréquent :

Ce problème du manque de connaissance des parents et de l'incapacité des médecins généralistes à leur donner une information de qualité est d'autant plus important lorsque l'on constate que la carie du jeune enfant demeure un problème de santé encore fréquent en France.

En Effet même si en France nous ne disposons d'aucune donnée actuelle sur l'épidémiologie de la carie dentaire chez les enfants de moins de 3 ans (10), des études ont été réalisées sur des enfants entre 4 et 6 ans. Parmi les plus pertinentes on retiendra celles faisant partie de l'analyse du rapport de l'HAS de 2010, deux études nationales, une régionale et six autres au niveau local (10).

Une étude nationale à été menée entre les années 1999 et 2000 dans des écoles maternelles et privées en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer (DOM) auprès d'un échantillon de 30 002 enfants âgés de 5 à 6 ans. A l'issue de l'étude on constate que 9.5% des enfants avaient au moins deux dents cariées non soignées. Ces résultats sont plus élevés dans les départements du Nord de la France et dans les DOM (43)

Une deuxième enquête nationale qui vise à décrire les disparités géographiques de santé des enfants scolarisés en grande section de maternelle et à s'interroger sur le lien entre l'état de santé et les modes de vie des enfants publie ces résultats en 2011.

Cette enquête réalisée entre 2005 et 2006 porte sur 23 000 enfants inscrits en grande section de maternelle. Les résultats montrent que plus de 25% d'enfant suivis à l'île de la Réunion ont au moins deux dents cariées et 16% d'entre eux ont des caries non soignées.

En métropole Les régions les plus touchées par les caries sont celles du Nord et à l'est (Reims, Lille, Strasbourg et Amiens). L'étude révèle également une disparité entre classes socio-professionnelles avec 11% des enfants d'ouvriers ayant au moins deux dents cariées contre seulement 2% des enfants de cadres (44).

Au niveau régional une étude a été conduite en 2003 sur un échantillon d'enfants des régions Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine. Parmi cet échantillon 1330 enfants âgés de 4 à 12 ans ont bénéficié d'une évaluation de l'état dentaire. Les résultats montrent que 18.7% des enfants âgés de 4 à 5 ans avaient au moins une carie. Le nombre moyen de carie chez les enfants de 4 et 5 ans était respectivement de 0.2 et 0.7 (45).

A l'échelon local nous disposons actuellement de six études dont quatre sont récentes.

La première datant de 2006, réalisée en Moselle sur 322 enfants âgés de 4 ans dont les résultats mettent en évidence une disparité entre les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP), avec 52% d'entre eux présentant au moins une carie non traitée contre 22% des enfants scolarisés en zone rurale (46).

En décembre 2005 le conseil général du Val de Marne organise une enquête transversale auprès d'enfants scolarisés dans les écoles maternelles publiques de deux villes du Val-de-Marne situées dans une zone défavorisée. Les résultats montrent que 23% des enfants présentaient au moins une carie et 9.7% des enfants plus de 3 dents cariées (47).

La même année une nouvelle enquête transversale a lieu à Clermont-Ferrand sur 880 enfants dont 453 âgés de 5 ans. Cette étude révèle que 26.5% d'entre eux présentaient au moins une carie non soignée (48).

En 2009 une étude menée sur un échantillon de 282 enfants âgés de 4 à 5 ans scolarisés en ZEP à Clermont-Ferrand met en évidence une proportion de 30% d'enfant présentant au moins deux caries dentaires (49).

Le rapport de l'HAS conclut que 20 à 30% des enfants de 4 à 5 ans présentent au moins une carie non soignée avec de grandes disparités selon le lieu de scolarisation et le niveau socio-économique du foyer.

A l'étranger et notamment aux Etats Unis la carie dentaire affecte près du quart des enfants américains âgés de deux à quatre ans (50).

IV.6) Programme de prévention bucco-dentaire chez l'enfant actuel en France :

Les complications potentielles de la CPE imposent une prise en charge spécialisée dont le coût se révèle très souvent important comme le montre une étude transversale menée entre 2007 et 2009 à la polyclinique dentaire universitaire de Lausanne en Suisse évaluant les coûts annuels liés aux traitements dentaires de la CPE dans leur service (6).

Avant 2006 les seuls éléments de prévention de la carie dentaire de l'enfant en France entraient dans le cadre de plans d'actions menées par des structures à l'échelon régional comme les CPAM, les URCAM ou les mutuelles.

Depuis 2006 il existe à l'échelon national des mesures entrant dans le cadre d'un programme de prévention de la carie chez l'enfant.

M'T dents est un dispositif mis en place par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) permettant aux enfants et aux adolescents âgés de 6, 9, 12, 15, et 18 ans de bénéficier de consultations gratuites de prévention dentaire. Chaque foyer reçoit un mois avant la date anniversaire des âges précédemment cités de l'enfant une invitation composée d'un courrier personnalisé de l'Assurance Maladie avec un imprimé de prise en charge, l'invitant à se rendre chez le chirurgien-dentiste pour un examen bucco-dentaire (EBD) (51). En dehors de ces âges clés il n'y a pour le moment aucune action de prévention mise en place par la CPAM.

En revanche La Mutualité Sociale Agricole (MSA) invite les parents d'enfants âgés de 3 ans à effectuer un examen bucco-dentaire, les autres consultations prise en charge à 100% s'arrimant sur le dispositif M'T dents. A noter que la MSA délivre également une plaquette d'information aux parents d'enfants âgés de moins de 6 mois, composés de fiches conseils sur les principaux facteurs de risques de caries en insistant notamment sur le caractère transmissibles de celles-ci et d'une partie destinés aux professionnels de santé (annexe 4).

Il est également important de souligner l'absence d'item concernant la prévention bucco-dentaire dans le carnet de santé avant l'ultime examen de santé obligatoire à l'âge de 6 ans (annexe 5).

Face à cela et malgré le peu d'étude de prévalence de la carie menée chez l'enfant de moins de 3 ans, l'HAS recommande de renforcer les messages de prévention sur la CPE lors des examens médicaux de santé obligatoires de la petite enfance notamment aux périodes clés du développement dentaire de l'enfant entre 6 mois et 1 an (éruption des premières dents)

et entre un an et deux ans (passage de l'alimentation semi-liquide à une alimentation solide) (10). L'HAS préconise également à trois ans, une séance de prévention bucco-dentaire. Elle doit être l'occasion d'évaluer le risque carieux, de réaliser un bilan des apports fluorés et d'interroger la famille proche sur l'état de santé général et bucco-dentaire de l'enfant. Pour la HAS, elle peut être réalisée par un chirurgien-dentiste, un médecin généraliste, un pédiatre, un médecin scolaire ou une infirmière scolaire. Elle doit être une incitation pour les parents à faire réaliser un examen de prévention bucco-dentaire par un chirurgien-dentiste (10).

Ainsi pour le moment en France seuls les acteurs de santé participant au suivi des enfants de moins de 6 ans (médecins généralistes, pédiatres, praticiens de PMI) sont susceptibles d'agir sur la prévention de la CPE.

Dans cette étude nous remarquons le manque probant de connaissances à ce sujet par les médecins généralistes.

De plus les réponses que ces mêmes médecins délivrent dans première partie du questionnaire soulignent un manque d'implication conséquent dans la transmission des informations et de conseils sur la prévention de la CPE (graphique 30).

A l'échelon de la formation des médecins, Il pourrait être utile de proposer aux internes un enseignement entrant dans le cadre du DES, sous forme de cours ou de séminaire sur la prévention bucco-dentaire des jeunes enfants. Pour les médecins installés, la mise à disposition de plaquettes d'informations destinées aux professionnels et aux parents sur le même modèle que celle de la MSA, serait digne de faire l'objet d'une étude sur leurs contenus et leurs mode de distribution.

V) CONCLUSION :

Malgré les importants progrès réalisés ces dernières années sur la prévention des caries de l'enfant en partie grâce à la généralisation de l'utilisation du fluor, on constate que la carie précoce de l'enfant demeure un important problème de santé publique et ce même si nous ne disposons que de peu d'études de prévalence sur ce sujet en France.

La récente mise en place d'un programme de prévention national « M'T dents » n'englobe pas les enfants de moins de 6 ans, dont le dépistage des affections dentaires ne peut ainsi se faire que par le biais des acteurs de soins de premiers recours tels que les médecins généralistes.

L'HAS recommande de délivrer, lors des consultations de suivi obligatoires des jeunes enfants, les conseils et informations aux parents sur les règles hygiéno-diététiques et d'hygiène bucco-dentaire afin de prévenir la CPE.

Nous nous sommes intéressés dans cette étude, aux connaissances des parents sur ce sujet et non à leurs pratiques, afin de déterminer si celles-ci pouvaient expliquer pourquoi nous constatons en France la présence d'une ou plusieurs dents cariées chez presque un quart des enfants entre 4 et 5 ans.

Les résultats principaux de cette étude dénotent une carence d'acquis de la part des parents sur la prévention de la CPE. La moyenne des notes obtenue au questionnaire établi sur la base d'un guide bonne pratique calqué sur les dernières recommandations de l'HAS étant de 10.2 sur 17 questions. Ces résultats semblent cependant suivre une certaine logique, les parents donnant des réponses fausses, à la plupart des questions faisant appel à des notions de physiopathologie simple telle que la transmission des bactéries cariogène de l'adulte à l'enfant.

Les objectifs secondaires de cette enquête observationnelle visaient d'une part, à déterminer un profil type d'individu dont l'information serait prioritaire, avec un score global au questionnaire significativement plus faible chez les hommes d'autant plus si l'âge est élevé et le niveau d'étude bas, et d'autre part à comparer les résultats obtenus chez les parents d'enfants à ceux des médecins généralistes interrogés, dont la note globale au questionnaire n'est guère plus élevée avec 10.6 sur 17 questions.

Au vu de cette étude il paraît donc nécessaire d'enrichir la connaissance des parents en matière de prévention de la carie précoce de l'enfant.

En attendant une extension du programme de prévention national de la carie dentaire à des enfants plus jeunes, il apparaît nécessaire d'améliorer le savoir des médecins et autres acteurs de santé intervenant sur les enfants en bas âge, en enrichissant leur formation sur la CPE.

BIBLIOGRAPHIE :

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS).
Fluorures et santé bucco-dentaire. Rapport d'un comité d'experts sur la santé bucco-dentaire et l'utilisation des fluorures. Genève : OMS 1994.
2. DREES.
Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans. L'état de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Rapport 2007.
3. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY
Policy on Early Childhood Caries (ECC) classifications, Consequences, and Preventive Strategies 2011.
4. LACROIX I, BUIHIEU H, KANDELMAN D.
La carie du biberon.
Journal dentaire du Québec. 1997 ; XXXIV : 360-374.
5. MADRID C, ABARCA M, BOUFERRACHE K, et al
Carie du biberon : un caillou dans la chaussure de la santé
Rev Med Suisse 2012;8:764-768
6. MADRID C
Du biberon à la carie...
Service de Stomatologie et de Médecine Dentaire
Consulté le 08/08/2013 sur

http://files.chuv.ch/internetdocs/dmcp/dmcp_formation_madrid.pdf
7. LOW W, TAN S, SCHWARTZ S.
The effect of severe caries on the quality of life in young children.
Pediatric Dent 1999; 21:325-26.
8. PERETZ B, RAM D, AZO E, EFRAT Y.
Preschool caries as an indicator of future caries: A longitudinal study.
Pediatr Dent 2003;25(2):114-8
9. VEYRAC C.
La prévention de la Carie Précoce de l'Enfant : guide pluridisciplinaire de bonnes pratiques. Thèse de chirurgie dentaire, Montpellier, 2004, 140 f.
10. HAUTE AUTORITE DE LA SANTE.
Recommandations en santé publique. Stratégie de prévention de la carie dentaire.
Mars 2010, 180 p, disponible sur www.has-sante.fr consulté le 05/12/12.

11. DAVIE E.
Un premier enfant à 28 ans Emma Davie, division Enquêtes et études démographiques, Insee
Consulté le 06/08/13 sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419
12. *Atlas de la démographie médicale en région Midi-Pyrénées Situation au 01 01 2009*
Consulté le 08/08/13 sur <http://data.over-blog.com/xxxyyy/1/28/88/28/Atlas-Sante-Midi-Pyrenees.pdf>
13. KEYES PH, JORDAN HV
Factors influencing the initiation, transmission and inhibition of dental caries. In: Mechanisms of hard tissue destruction. Sognaes RF, editor. New York, NY: American Association for the Advancement of Science, 1963 pp. 261-283.
14. STEPHAN RM.
Intra-oral hydrogen-ion concentrations associated with dental caries activity. J Dent Res. 1944;23:257
15. BARSAMIAN-WUNSCH P., PARK JH., WATSON MR., TINANOFF N., MINAH GE.
Microbiological screening for cariogenic bacteria in children 9 to 36 months of age. Pediatr. Dent. 2004 ; 26 : 231-9
16. LASFARGUES, J.J.; COLON, P.
Odontologie conservatrice et restauratrice tome 1 : une approche médicale globale. Rueil-Malmaison: CdPéd;2009
17. KOWASH MB., PINFIELD A., SMITH J., CURZON EJ.
Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children. Brit. Dent. J. 2000 ;188 : 201-205
18. CAUFIELD PW, CUTTER GR, DASANAYAKE AP.
Initial acquisition of mutans streptococci by infants: evidence for a discrete windows of infectivity. J Dent Res,1993;72:37-45
19. CAUFIELD PW., GRIFFEN AL.
Dental caries. An infectious and transmissible disease. Pediatr. Clin. North Am. 2000 ; 47 :1001-19
20. JADDANI Souad
la carie en tant que maladie sociale
Université Montpellier 1 Faculté d'Odontologie 2008

21. BERKOWITZ RJ.
Causes, treatment and Prevention of Early Childhood Caries : A microbiologic
Perspective
J Can DENT Assoc. 2003;69(5) : 304-7
22. GRINDEFJORD M., DAHLLOF G., NILSSON B., MODEER T.
Prediction of dental caries development in 1-year-old children.
Caries Res. 1995; 29: 343-8
23. MATTOS-GRANER RO, LI Y, CAUFIELD PW, DUNCAN M, SMITH DJ.
Geno-typic diversity of mutans streptococci in Brazilian nursery children suggests
horizontal transmission.
J Clin Microbiol 2001; 39(6):2313–6
24. ALALUUSUA S, RENKONEN OV.
Streptococcus mutans establishment and dental caries experience in children from 2
to 4 years old.
Scan J Dent Res. 1983;91(6):453-457
25. BOUFERRACHE K, POP S, ABARCA M, MADRID C
Le pédiatre et les dents des tout petits Service de stomatologie et de médecine
dentaire, Policlinique Médicale Universitaire Lausanne
Paediatrica vol 21 No 1 2010 p14 20
26. D'ARBONNEAU F ET AL Service de Stomatologie et de Médecine Dentaire.
Rôle de l'alimentation dans la prévention de la carie dentaire
Revue Francophone d'Odontologie Pédiatrique 2006
27. BOUFERRACHE K, POP S, ABARCA M, MADRID C
Le pédiatre et les dents des tout petits
Faculté de stomatologie et de médecine dentaire, Policlinique Médicale
Universitaire Lausanne Paediatrica vol 21 No 1 2010 p14 20
28. MUNDORFF SA ET AL.
Cariogenic potential of foods.
Caries Res, 1990;24:344-55
29. FOLIIGUET M, BENETIERE F
Alimentation et caries de la petite enfance, 2003
30. KOTLOW LA.
Breast feeding: A cause of dental caries in children.
ASDC J Dent Child. 1977;44(3):192-3. n 1977.

31. H LIDA
association between infant breastfeeding and early childhood caries in the United States.
Pediatrics 2007;120(4) e944-52.
32. SALONE LR, VANN WF, DEE DL.
Breastfeeding: an overview of oral and general health benefits.
J Am Dent Assoc. 2013;144(2):143-51.
33. FINLAYSON TL, SIEFERT K, ISMAIL AI, DELVA J, SOHN W.
Reliability and validity of brief measures of oral health-related knowledge, fatalism, and self-efficacy in mothers of African American children.
Pediatr Dent 2005;27: 422-8.
34. MENGHINI G, STEINER M,
imfeld t ther umsch.
2008 Feb;65(2):75-82.[Early childhood caries--facts and prevention]. [Article in German]
35. QUINONEZ RB, KEELS MA, VANN JRWF, MCIVER FT, HELLER K, WHITJK.
Early childhood caries: analysis of psychosocial and biological factors in a high-risk population.
Caries Res 2001; 35(5):376–83
36. O’SULLIVAN DM, TINANOFF N
Social and biological factors contributing to caries of the maxillary anterior teeth. *Ped Dent* 1993; 15(1):41–4
37. GALARNEAU, C. BRODEUR JM,
Cariogénicité et habitudes d’apaisement utilisées par les mères lors du coucher de leur enfant
Journal de l’Ordre des dentistes du Québec, avril 2006 supplément p 17-19.
38. Policy on Early Childhood Caries(ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies
Oral health policies reference manual V34 N°6 p12-13.
39. PERESSINI S.
Pacifier use and early childhood caries: An evidence-based study of the literature. *J Can Dent Assoc* 2003;69:16-9.

40. VEILLEUX G, GENEUREUX M, BRODEUR JM et DUROCHER J,
« Brosse, brosse, brosse, j'me brosse les dents »*... les pratiques
correspondent-elles aux recommandations?
Institut de la statistique du Québec Portrait et trajectoire Juin 2009 numero 9
41. Mise au point Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge
de 18 ans Octobre 2008 consulté le 08/08/13 sur
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/7db1d82db7f5636b56170f59e844dd3a.pdf
42. CREIGHTON PR.
Common pediatric dental problems.
Pediatric Clin of North Am 1998; 45 (6): 1579–1600.
43. GUIGNON N, NIEL X.
Les disparités régionales de l'état de santé des enfants de 5 à 6 ans
Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2003 ; 39 : 181-4.
44. THIBAUT DE SAINT POL.
Les Inégalité géographiques de santé chez les enfants de grande section de
maternelle, France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'INVS 2011 sept ; Nr
31 : 333-339
45. JOSEPH ET AL
Évaluation de la prescription et de la consommation de fluor chez les enfants de l'Est
de la France. État bucco-dentaire de cette population
Pratiques et Organisation des Soins 2008/4 (Vol. 39) Page 297-309
46. DROZ D, GUEGUEN R, BRUNCHER P, GERHARD JL, ROALND E.
Enquête épidémiologique sur la santé buccodentaire d'enfants âgés de 4 ans
scolarisés en école maternelle.
Arch Pediatr 2006 ;13(9) :1222-9
47. ADAM C, ADRIAEN C, BAVAY C, MOULIN P, ET AL
Mission Buco Dentaire, Conseil général du Val de Marne
Etat de santé buccodentaire des enfants âgés de 4 ans de 2 villes du Val de Marne.
Créteil ; CG94 ; 2006
48. ENJARY C, TUBERT-JEANNIN S, MANEVY R, ROGER-LEROI V, RIORDAN PJ.
Dental status and measures of deprivation in Clermont-Ferrand, France. Community
Dent oral Epidemiol 2006;34(5):363-71.

49. TUBERT-JEANNIN S, RIORDAN PJ, MANEVY R, LECUYER MM, PEGON-MACHAT E.
Caries prevalence and fluoride use in low SES children in Clermont-Ferrand (France).
Community Dent Health 2009;26(1):23-8.
50. NATIONAL HEALTH AND NUTRITION EXAMINATION SURVEY
QuickStats: Percentage of Children Aged 2--4 Years Who Ever Had Caries in Primary
Teeth,* by Race/Ethnicity† and Sex, United States, 1988--1994 and 1999—2004
Date last reviewed: 1/22/2009
51. L'examen bucco-dentaire M'T dents consulté le 08/08/13 sur
<http://www.amélie.fr/assures/offre-de-prevention/-examen-bucco-dentaire-m-t-dents.php>

Questionnaire sur la santé bucco-dentaire
Thèse de Médecine Générale

I. Votre enfant et vous :

1. Votre enfant est : Une Fille Un Garçon
2. Quel âge a t-il ? : mois/ans
3. Vous êtes : Son père Sa mère Autre membre de la famille, ou de l'entourage
4. Quel âge avez-vous ? : ans
5. Quel est le niveau de votre dernier diplôme obtenu *(Une seule réponse)* :
 Brevet des collèges Brevet professionnel (BP) ou technicien (BT)
 Certificat d'aptitude professionnelle (CAP) Baccalauréat
 Brevet d'études professionnelles (BEP) Brevet de technicien supérieur (BTS)
 Diplôme universitaire *(Précisez Licence, Master, Doctorat etc...)*:
 Autre diplôme *(Précisez)*:

II. Que savez-vous sur l'hygiène alimentaire des enfants ?

6. Après diversification (début des purées compotes, souvent après 6 mois), est-il conseillé de garder une ou plusieurs tétées de lait (au sein ou au biberon) la nuit ? *(Une seule réponse)*
 Oui Non Ne sait pas
7. En cas de prise la nuit, il vaut mieux proposer à l'enfant âgé de plus de 6 mois, une tétée : *(Un ou plusieurs choix possibles)*
 Au sein Au biberon de lait Au biberon d'eau
 Au biberon avec autre chose *(Précisez)*:
8. Peut-on ajouter du sucre dans un biberon de lait ? *(Une seule réponse)*
 Oui Non Ne sait pas
9. Peut-on tremper les tétines (biberon et sucettes) dans du miel ou du sirop pour calmer un enfant ? *(Une seule réponse)*
 Oui Non Ne sait pas
10. Dans la journée, si l'enfant a soif en dehors des repas, que peut-on lui donner à boire préférentiellement : *(Un ou plusieurs choix possibles)*
 De l'eau Du jus de fruits Du sirop léger Du soda
11. Peut-on vérifier la température des aliments de l'enfant, en les goutant : *(Une seule réponse)*
 Oui avec la cuillère de l'enfant Oui avec une autre cuillère Non

III. Que savez-vous sur l'hygiène bucco-dentaire des enfants ?

12. A quel âge les parents doivent-ils commencer à nettoyer les dents de leur enfant ? *(Une seule réponse)*
 6 mois 2 ans 4 ans 6 ans
13. A quel âge les enfants savent-ils se brosser les dents seuls ? *(Une seule réponse)*
 4 ans 6 ans 7 ans 8 ans
14. Combien de temps doit durer un brossage de dents pour être efficace ? *(Une seule réponse)*
 1 minute 2 minutes 3 minutes 4 minutes
15. Il est suffisant de brosser les dents de l'enfant : *(Une seule réponse)*
 1 jour sur 2 1 fois par jour 2 fois par jour 3 fois par jour
16. On peut utiliser comme dentifrice : *(Un ou plusieurs choix possibles)*
 Le dentifrice n'est pas obligatoire
 Dentifrice des parents
 Dentifrice des frères et sœurs
 Dentifrice adapté à l'âge, acheté en pharmacie ou parapharmacie
 Dentifrice adapté à l'âge, acheté en supermarché
17. La brosse à dent utilisée par l'enfant : *(Un ou plusieurs choix possibles)*
 Peut être achetée en supermarché, de petite taille
 Peut être achetée en pharmacie, de grande taille
 Peut être celle des parents
 Peut être celle du grand frère ou de la grande sœur
18. Quel est l'âge idéal de première consultation chez le dentiste pour un enfant ? *(Une seule réponse)*
 2 ans 4 ans 6 ans 8 ans
19. En dehors des problèmes, un enfant devrait consulter le dentiste : *(Une seule réponse)*
 1 fois tous les 2 ans 1 fois par an 2 fois par an
 Ce n'est pas obligatoire
20. A partir de quel âge est-il déconseillé de laisser l'enfant sucer son pouce/sa sucette ? *(Une seule réponse)*
 1 an 2 ans 4 ans 6 ans
21. A votre avis : La carie dentaire est :
Une maladie transmissible ? Vrai Faux
Due à une bactérie ? Vrai Faux

Merci beaucoup de votre participation !

ANNEXE 2 : Guide de bonnes pratiques sur la prévention bucco-dentaire à l'usage des parents :

Thème	Conseil pour les parents
Alimentation	<ul style="list-style-type: none"> • Bienfaits de l'allaitement au sein : action sur le développement de la face, protection (relative) contre les caries, mais sans endormissement au sein. • Si allaitement au biberon choisir une tétine physiologique et privilégier un biberon en verre (pas de bisphénol A) • Prévention de la transmission des Streptocoques mutans : éviter les gestes contaminateurs (suction des tétines, échange de cuillères...) • Après 6 mois plus d'allaitement à la demande. Ne pas coucher son enfant avec un biberon contenant autre chose que de l'eau pure. • Après 6 mois, commencer la diversification alimentaire et proposer à son enfant différentes textures pour l'apprentissage de la mastication. • Dès que possible, apprendre à son enfant à boire à la tasse, surtout pour les boissons sucrées. • Privilégier l'habitude de boire de l'eau. • Limiter le nombre de prises alimentaires : à partir de 6 mois, rapprocher les prises alimentaires des heures des repas à 3 repas par jour et une collation dans l'après midi. • Limiter la consommation des sucres. • Après 3 ans, donner un goûter « consistant » (pain, chocolat, fruit, fromage...) pour limiter le grignotage.
Hygiène bucco-dentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Il est important de démarrer le brossage dès l'éruption des premières dents, d'abord à l'aide d'une compresse humide, puis avec une petite brosse à dents adaptée. • Faire du brossage un moment de jeu, se brosser les dents en même temps que son enfant pour lui donner l'envie d'imiter ses parents. • Les parents brossent les dents de leur enfant jusqu'à ses 6 ans environ. A partir de 3 ans, l'enfant peut commencer à se brosser les dents puis le brossage sera complété par l'un des parents. Pas de dentifrice au départ, puis choisir un dentifrice faiblement fluoré (250 ppm) en très petite quantité pour limiter les risques d'ingestion. • A partir de 3 ans, un dentifrice à 500 ppm peut être utilisé. • Nécessité de se brosser les dents après chaque repas.
Supplémentation fluorée	<ul style="list-style-type: none"> • A partir de 6 mois si risque carieux élevé, prescription de fluor systémique • Apport topique suffisant pour la plupart des cas. • Attention à la teneur en fluor de l'eau de boisson. Privilégier une eau contenant moins de 0.3 ppm de fluor.
Rythme des éruptions	<ul style="list-style-type: none"> • Un groupe de dents tous les 6 mois à partir des 6 mois de l'enfant environ.
Visite chez le dentiste	<ul style="list-style-type: none"> • L'âge idéal pour une première visite est de 12 mois. Cette visite sera l'occasion de faire le point sur les bonnes et mauvaises habitudes déjà prises et d'expliquer aux parents comment éviter les caries précoces. • La présence de plaque dentaire sur les incisives supérieures est signe de risque carieux important. • Une visite de contrôle tous les ans si tout va bien, tous les 6 mois en cas de facteurs de risque carieux. • Contrôler l'absence de parafunctions : succion du pouce, des doigts... qu'il faudra résoudre avant l'arrivée des premières dents permanentes.



TOUT SAVOIR SUR LES RENDEZ-VOUS MT'DENTS

M'T DENTS, C'EST QUOI ?

• Un rendez-vous de prévention offert par l'Assurance Maladie chez le dentiste pour vérifier si tout va bien.

- Le dentiste examine les dents et les gencives de votre enfant et, si besoin, fait des radios.

- Il lui enseigne les bons réflexes pour éviter d'avoir des caries et des problèmes dentaires : hygiène bucco-dentaire et alimentaire, sensibilisation aux méfaits du tabagisme et de l'alcool chez les adolescents.



• Des soins, si nécessaires, remboursés à 100% : Le dentiste peut effectuer le traitement d'une ou plusieurs caries, des racines des dents, un détartrage, des radios, des extractions.

A savoir : les soins sont à réaliser dans les 9 mois qui suivent le rendez-vous. Les traitements d'orthodontie et de prothèse ne sont pas concernés. Ils sont pris en charge au taux habituel.

Prévenir aujourd'hui c'est éviter des soins plus lourds, plus tard.

M'T DENTS, C'EST POUR QUI ?

• Tous les enfants et adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, âges les plus exposés aux caries. Bien sûr, il est important de s'occuper de ses dents à tout âge...

• Ces rendez-vous sont complémentaires des visites habituelles chez le dentiste.

A 6 ans - C'est l'âge des premières molaires définitives, les fameuses « dents de 6 ans ». Parce qu'elles sont encore fragiles, elles sont la cible favorite des caries.

A 9 ans - Dents de lait et dents définitives cohabitent, ce qui rend le brossage des dents plus difficile : c'est la porte ouverte aux caries.

A 12 ans - Les dents définitives se mettent en place. Parce qu'elles sont encore fragiles... Les caries en profitent !

A 15 ans - Les dents définitives terminent leur croissance et ont pourtant besoin d'être bien protégées contre les caries et le tartre. De plus, c'est un âge où l'on est souvent moins sensible aux règles d'hygiène dentaire et alimentaire.

A 18 ans - C'est l'âge où il est important de vérifier que les dents de sagesse ont assez de place pour se développer et que les autres dents n'ont pas de caries. Sans parler de la plaque dentaire qui provoque caries, dépôts de tartre et mauvaise haleine.

M'T DENTS, COMMENT EN PROFITER ?

Votre enfant va bientôt avoir 6, 9, 12, 15 et 18 ans...

Un mois avant sa date d'anniversaire, il reçoit, dans sa boîte aux lettres, une invitation personnalisée de l'Assurance Maladie qui le convie à un rendez-vous de prévention dentaire.

C'est simple

• Prenez rapidement rendez-vous chez le dentiste de votre choix.

• Le jour du rendez-vous, n'oubliez pas de vous munir de la feuille de prise en charge jointe au courrier pour bénéficier de la gratuité de la visite et de votre carte Vitale.

C'est offert !

• Le rendez-vous de prévention est offert, sans avance de frais de votre part.

• Si des soins* sont nécessaires, c'est à vous de faire l'avance des frais, l'Assurance Maladie vous les rembourse à 100 %.**

*Les soins concernent les traitements de caries et de racines, détartrage, radios, extractions. Ne sont pas pris en charge les soins liés au mauvais positionnement des dents (orthodontie) ou aux prothèses (ils seront pris en charge par l'Assurance Maladie au taux habituel).

**Sauf pour les 6-12 ans qui n'ont rien à avancer, âges où les rendez-vous sont obligatoires.

Surveillez votre boîte aux lettres, vous allez bientôt recevoir une invitation.

"Créés par l'Assurance Maladie et les chirurgiens-dentistes les rendez-vous M'T dents s'inscrivent dans le cadre du plan de prévention bucco-dentaire lancé en novembre 2005 par le Ministère de la Santé et des Solidarités"



SI T'AIMES TES DENTS, TU PRENDS LES DEVANTS

WWW.MTDENTS.INFO



ANNEXE 4 : Programme de suivi bucco-dentaire de la MSA :

*La MSA vous accompagne
pour votre santé bucco-dentaire
tout au long de votre vie*



6 mois avant l'accouchement, la future maman reçoit une plaquette d'information sur l'hygiène, l'alimentation et les soins dentaires à suivre pendant sa grossesse.

6 mois après l'accouchement, la maman reçoit une plaquette d'information sur les précautions et soins à prendre pour elle et son bébé.

A l'âge de 3 ans, l'enfant est invité à un bilan bucco-dentaire.

L'enfant est invité - dans les 6 mois suivant ses 7 ans - à se rendre chez un chirurgien-dentiste pour bénéficier d'un examen de prévention. La prise en charge de cet examen est assurée à 100 % par la MSA avec une dispense d'avance de frais.



QUELQUES CONSEILS D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Brosser ses dents : quand et comment ?

Dès que la première dent apparaît dans la bouche, il faut la nettoyer tous les jours.

Le nettoyage des dents est réalisé, matin et soir, avec l'aide de maman ou de papa :

- De 6 mois à 2 ans, avec une compresse humide,
- De 2 à 3 ans, avec une brosse à dents de petite taille, mais sans dentifrice (votre enfant ne sait pas cracher),
- De 3 à 5 ans, avec un dentifrice faiblement fluoré et adapté à son âge (250 à 500 ppm de fluor).

L'équivalent d'1g de dentifrice (grosceur d'un petit pois) suffit à chaque brossage.

Penser à changer de brosse à dents tous les 3 ou 4 mois.

Faire contrôler ses dents : quand et comment ?

- Entre 6 et 12 mois : rendez-vous chez un chirurgien-dentiste pour contrôler l'état dentaire de la maman (consultation dentaire post-natale) et recueillir des conseils pratiques pour les dents de bébé.
- De 1 à 3 ans : chaque mois, les parents doivent examiner les dents de lait de bébé. A la moindre alerte (comme par exemple : tâches brunâtres ou blanchâtres) consultez votre chirurgien-dentiste.



Caries débutantes
(tâches blanches
de déminéralisation)

- De 3 ans à 5 ans : visite de contrôle une fois par an.

COMMENT EVITER LES CARIES ?

Quand et pourquoi ?

Le sucre est indispensable à l'organisme mais c'est aussi un ennemi redoutable pour les dents.

Savez-vous que la prise répétée de biberons sucrés favorise l'apparition de caries multiples sur les dents de lait ? On l'appelle le syndrome du biberon.

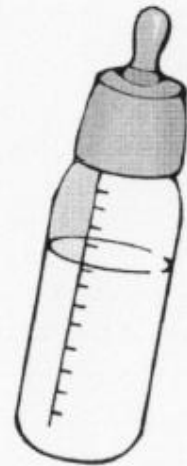
Ce syndrome peut entraîner la perte de toutes les dents de lait. Les premiers signes sont la survenue de lésions sur les incisives supérieures.



Caries multiples

Ce qu'il faut faire

- Equilibrer l'alimentation de votre enfant (3 à 4 prises alimentaires par jour)
- Eviter le grignotage continu (bonbons, chips, ...)
- Eviter les biberons de boissons sucrées ou de jus de fruits et préférer les biberons d'eau
- Brosser les dents de votre enfant 2 fois par jour
- Préférer l'eau aux boissons sucrées ou aux sodas



La carie est une maladie infectieuse transmissible.

Aussi, évitez de mettre la cuillère de votre enfant dans votre bouche avant de lui donner à manger.

A quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ?

.....

Vos observations, vos questions :

- si votre enfant n'arrive pas à répéter une phrase sans se tromper,
- si vous trouvez que votre enfant est souvent malade,
- si l'école vous a signalé des problèmes,
- si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement ou le comportement de votre enfant.

Parlez-en avec votre médecin.

Si cet examen de prévention n'est pas effectué à l'école, pensez à le faire pratiquer par votre médecin à un moment où votre enfant n'est pas malade.

Examen somatique

Nombre de dents* : cariées soignées cariées non soignées absentes traumatisées
Conseils d'hygiène donnés non oui

Conclusions : Détaillez les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations.

Cachet et signature du médecin

*Un examen de prévention bucco-dentaire est pratiqué à six ans par un dentiste (page 82).

Quelles sont les connaissances actuelles des parents sur la prévention bucco-dentaire de leur(s) enfant ?

Toulouse le 15 octobre 2013

Une enquête descriptive de connaissances sur la prévention bucco-dentaire a été menée sur les parents d'enfants présents en salle d'attente de 110 cabinets de médecine générale en Aveyron, par le biais d'un questionnaire composé de 17 items. L'objectif principal était de déterminer si l'état de connaissance des parents d'enfant confronté aux recommandations de l'HAS pouvait contribuer à l'importante prévalence de la carie du jeune enfant en France.

Chaque parent ayant correctement rempli le questionnaire se voit attribuer une note sur 17.

Après analyse des 523 questionnaires recueillis à l'issue de l'enquête, avec une note moyenne de 10.2 sur 17 il apparaît clair, que les parents ont peu d'acquis sur la prophylaxie de la pathologie carieuse et ce en grande partie sur des questions, faisant appel à des notions de physiopathologie telle que le caractère transmissible des caries dentaires. De plus nous avons identifié de façon significative une population de parents nécessitant une information accentuée. En effet, les hommes obtiennent des scores d'autant plus faibles que leur niveau d'étude est bas et que leur âge est croissant.

Un autre objectif secondaire visait à comparer les résultats des parents à ceux des 40 médecins ayant remplis le même questionnaire qui présentent également de sévères lacunes sur la prévention bucco-dentaire.

En attendant une extension du programme national de prévention bucco-dentaire en France aux jeunes enfants, il apparaît nécessaire d'améliorer les connaissances des parents en enrichissant celle des médecins par le biais par exemple de brochures d'information ou d'enseignements spécifiques sous forme de cours ou de séminaire durant le DES de médecine générale.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots clés Français : Carie précoce de l'enfant – médecine générale – prévention bucco-dentaire – prévalence de la carie – parents – enfants – connaissance.

Mots clés Anglais : Early childhood carie – Dental decay – Breastfeeding

Faculté de Médecine Rangueil –133 route de Narbonne –31062 TOULOUSE Cedex 04- France

Directeur de thèse : Dr DELAHAYE Motoko