

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance: 2017

N°:

THESE POUR LE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 05 SEPTEMBRE 2017

Par Elodie LACLUYSE

Né(e) le 27/10/1992 à Armentières

Prévention bucco-dentaire dès la maternité:

Elaboration d'un support pédagogique à destination des jeunes mamans.

JURY

Président:

Professeur T. COLARD

Assesseurs:

Docteur C. DELFOSSE

Docteur T. TRENTESAUX

Docteur T. MARQUILLIER

Membre(s) invité(s) :

Docteur E. DEHAYNIN-TOULET

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Conservatrice – Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
F. BOSCHIN	Responsable de la Sous-Section de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable de la Sous- Section d'Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable de la Sous-Section de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice - Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. de BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Odontologie Conservatrice - Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable de la Sous-Section de Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Sciences Biologiques
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques,

Radiologie

M. SAVIGNAT

Responsable de la Sous-Section des **Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie**

T. TRENTESAUX

Odontologie Pédiatrique

J. VANDOMME

Responsable de la Sous-Section de **Prothèses**

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Remerciements

Aux membres du jury...

Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Professeur des Universités – Praticien hospitalier des CSERD

*Sous-section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques,
Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur au Muséum National d'Histoire Naturelle en Anthropologie Biologique

*Vous m'avez fait le grand honneur d'accepter de
présider ce jury et je vous en remercie.
Veuillez trouver dans ce travail le témoignage
de mon plus grand respect.*

Madame le Docteur Caroline DELFOSSE

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD
Sous-Section Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)

D.E.A. Génie Biologie & Médical (option Biomatériaux)

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Diplôme d'Université Strasbourg I : «Sédation consciente pour les soins buccodentaires»

*Vous avez accepté spontanément de siéger
au sein de ce jury et je suis très honorée de l'intérêt
que vous pourrez porter à mon travail.
La qualité de votre enseignement est pour moi un exemple.
Veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect*

Monsieur le Docteur Thomas Trentesaux

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD
Sous-Section Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes – Spécialité Ethique et Droit Médical

Certificat d'Etudes Supérieures de Pédodontie – prévention – Paris Descartes

Diplôme d'Université « Soins Dentaires sous Sédation » - Aix-Marseille II

Master 2 Ethique Médicale et Bioéthique – Paris Descartes

Formation certifiante « Concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient »

*Je suis très honorée de vous compter
parmi les membres de ce jury.
Je vous remercie pour la qualité des enseignements
que vous m'avez dispensés durant ces années
d'étude en Odontologie Pédiatrique.
Veuillez trouver dans ce travail le témoignage
de mes sentiments les plus respectueux*

Monsieur le Docteur Thomas MARQUILLIER

Assistant Hospitalo-Universitaire des CSERD

Sous-section Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Master II Santé Publique - Spécialité Education thérapeutique et Educations en santé

Master I Recherche Biologie Santé – Mention Ethique et Droit de la Santé

C.E.S d'Odontologie Pédiatrique et Prévention – Paris V

Attestation de soins dentaires sous sédation consciente (MEOPA) – Lille 2

Formation certifiante « Concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient »

*Je tiens à vous remercier chaleureusement d'avoir
accepté de diriger mon travail.
Votre rigueur scientifique, votre enthousiasme et votre investissement
ont été pour moi de véritables moteurs.
Soyez assuré de mon sincère respect et de ma profonde estime.*

Madame le Docteur Emilie DEHAYNIN-TOULET

Docteur en chirurgie dentaire

Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales

Attestation de formation aux soins dentaires sous inhalation de MEOPA

Chargée d'enseignement on Odontologie pédiatrique

Ancienne Maitre de Conférences des Universités (Associée) – Praticien hospitalier des CSERD

Ancienne Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD

*Vous avez eu la gentillesse d'accepter de
faire partie de ce jury et je vous en suis très reconnaissante.
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.*

Table des matières

Table des matières.....	13
Introduction.....	14
1Etat des lieux de la prévention bucco-dentaire dans les maternités : focus sur quelques maternités des Hauts-de-France.....	15
1.1Objectif.....	15
1.2Matériel et méthode	15
1.3Résultats.....	15
1.4Conclusion.....	15
2 Importance de la prévention bucco-dentaire dès le plus jeune âge.....	18
2.1Carie précoce du jeune enfant.....	18
2.1.1Définition.....	18
2.1.2Conséquences.....	19
2.2Les facteurs associés à la carie dentaire.....	20
2.2.1Le schéma de Keyes (1962) et de Fischer Owens.....	20
2.2.2Le facteur bactérien.....	22
2.2.3Le facteur alimentaire.....	23
2.2.4Caries précoces du jeune enfant et allaitement maternel.....	25
2.2.5Susceptibilité individuelle de l'enfant.....	25
2.3Le rôle de la famille dans la santé orale.....	26
2.3.1Catégorie sociale défavorisée.....	26
2.3.2Structure familiale fragilisée.....	26
2.4Conclusion.....	27
2.5Les recommandations sur l'hygiène alimentaire des nourrissons.....	28
2.6Les questions fréquentes que se posent les futures mamans.....	30
3Elaboration d'un support pédagogique.....	31
3.1Généralités.....	31
3.2Fiches par thème.....	31
3.2.1Alimentation.....	32
3.2.2Brossage.....	33
3.2.3Carie.....	34
3.2.4Rôles des dents temporaires.....	35
3.2.5Les poussées dentaires.....	36
3.2.6L'allaitement.....	37
3.2.7Première visite chez le chirurgien dentiste.....	38
3.2.8Tétine et pouce.....	39
3.2.9Les traumatismes dentaires.....	40
3.2.10Le fluor.....	41
4Diffusion et valorisation du support pédagogique.....	42
4.1Intérêt.....	42
4.2Méthode de diffusion.....	42
Conclusion.....	43
Références bibliographiques.....	44

Introduction

De nos jours, l'approche préventive en médecine bucco-dentaire pédiatrique prend une place importante. La dentisterie pédiatrique est une discipline qui s'est beaucoup développée ces dernières années, s'appuyant sur l'évolution des connaissances scientifiques et des nouvelles technologies pour aider les parents à guider leurs enfants vers une bonne santé orale (1).

La prévention bucco-dentaire est devenue un enjeu de santé publique important notamment grâce à l'aide d'actions collectives comme « M'T dent » (Bilan bucco-dentaire de l'Assurance Maladie) ainsi que des spots publicitaires.

En France, le programme de prévention national actuel porte sur une stratégie de prévention primaire et secondaire, destinée aux enfants et adolescents, qui repose sur le dépistage précoce des lésions carieuses et leur traitement par un chirurgien-dentiste. Il s'agit de l'Examen Bucco-Dentaire destiné aux enfants de 6 et 12 ans que l'Assurance Maladie a étendu aux enfants de 9, 15 et 18 ans (2). Lors de cet examen, des conseils hygiéno-diététiques sont transmis aux enfants et à leurs parents.

La prévention bucco-dentaire chez le jeune enfant peut commencer dès la grossesse par la diffusion de conseils donnés à la maman. Celles-ci reçoivent déjà un nombre important d'informations, de ce fait les conseils portant sur la santé orale de l'enfant sont au second plan dans les maternités. L'objectif de ce travail consiste en l'élaboration d'un support pédagogique à destination des futures mamans. Ce support pourrait être introduit dans les valises de maternité, afin qu'elles puissent lire ces informations à leur retour au domicile.

La finalité de ce travail est de répondre aux questions que se posent les mamans pour réduire le stress face à une situation inconnue, et également de prévenir les pathologies bucco-dentaire grâce à la diffusion de conseils préventifs.

Ce support pédagogique est constitué de fiches qui abordent différents sujets : l'alimentation, l'hygiène bucco-dentaire, la carie dentaire, le rôle des dents temporaires, les poussées dentaires, l'allaitement, la première visite au cabinet dentaire, la succion de la tétine et du pouce, les traumatismes dentaires et le fluor.

1 Etat des lieux de la prévention bucco-dentaire dans les maternités : focus sur quelques maternités des Hauts-de-France

1.1 Objectif

Afin de connaître les messages de prévention qui sont diffusés au sein des maternités des Hauts-de-France, nous avons réalisé une enquête téléphonique.

1.2 Matériel et méthode

L'étude menée a consisté en la réalisation d'entretiens semi-directifs téléphoniques dans plusieurs maternités. L'entretien a été conduit à l'aide d'un guide (*cf annexe 1*).

Nous avons interrogé 6 personnes travaillant dans 6 maternités différentes (*cf annexe 2*) et nous avons recueilli les résultats sous la forme d'un tableau.

1.3 Résultats

Informations données	Nombre de maternités
Aucune information	3
Informations succinctes données pendant les cours de préparation à l'allaitement	2
Informations succinctes données après l'accouchement par le pédiatre et la sage-femme	1

1.4 Conclusion

Ce travail préliminaire nous amène à conclure que les messages d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire ne sont pas la priorité au sein des maternités.

On peut également souligner que les informations relatives à la santé orale dans les carnets de santé des enfants semble insuffisante (*Illustration 1*).

Les premières dents

La première dent va apparaître généralement au cours de la première année. Aux environs de 30 mois, votre enfant aura ses 20 dents de lait.

- **Les bonnes habitudes se prennent tôt :**
Nettoyez ses premières dents tous les soirs.
Dès l'âge de 2 ans, nettoyez-les matin et soir.

Progressivement, avec votre aide, votre enfant va apprendre à se brosser les dents seul. Continuez à surveiller le brossage et à l'aider tant qu'il ne sait pas se brosser les dents de manière efficace et régulière.

L'enfant doit avoir une brosse souple dont la taille est adaptée à son âge.



Son alimentation

Habituez votre enfant à ne boire que de l'eau, pendant et en dehors des repas.



Les examens bucco-dentaires

La première consultation chez un chirurgien-dentiste est conseillée dès 3 ans.

Ensuite, il est recommandé de consulter deux fois par an.

A 6 ans et à 12 ans, votre enfant peut bénéficier d'un examen bucco-dentaire de prévention. Votre dentiste remplira les pages 82 et 83 du carnet de santé.

Le fluor

Le fluor protège les dents des enfants.

Il peut être utilisé sous différentes formes (dentifrice, sel de table, comprimés...): votre médecin ou votre chirurgien-dentiste vous aidera à choisir la meilleure solution pour votre enfant.

Les traumatismes dentaires

En cas d'accident ou de chute, il faut consulter votre chirurgien-dentiste, même s'il s'agit d'un simple choc.

46

Illustration 1: Informations sur la santé orale présentes dans le carnet de santé des enfants (41).

SPÉCIMEN

Nous pouvons néanmoins souligner que des informations sont disponibles dans les valises de maternité données aux mamans pour leur retour à la maison (*Illustration 2*). Dans le petit livret présent dans les valises de maternité on parle principalement de l'éruption dentaire avec les poussées dentaires, et quelques conseils pour éviter l'apparition des caries. Mais cette valise n'est pas donnée systématiquement dans toutes les maternités et le message de prévention qui peut-être diffusé s'avère largement insuffisant.



Illustration 2: Valise de maternité avec le livret explicatif (Icônographie personnelle)

2 Importance de la prévention bucco-dentaire dès le plus jeune âge

2.1 Carie précoce du jeune enfant

2.1.1 Définition

La carie précoce du jeune enfant est une forme sévère de la maladie carieuse qui touche les jeunes enfants (<5 ans). Selon de nombreux auteurs, elle est considérée comme la maladie chronique la plus répandue chez les enfants d'âge pré-scolaire (3).

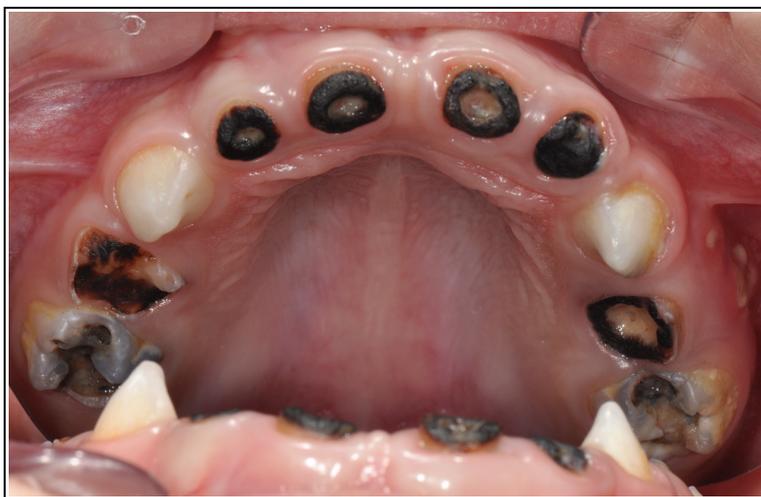
La carie de la petite enfance également appelée ECC (*Early Childhood Caries*) se définit comme la présence d'au moins une dent temporaire cariée (lésion cavitaire ou non), absente (pour cause de caries) ou obturée chez un enfant d'âge pré-scolaire (de 0 à 60 mois) (3) (4).

La forme sévère de la carie de la petite enfance (*ou S-ECC : Severe Early Childhood Caries*) est décrite chez les enfants :

- De moins de 3 ans présentant les surfaces lisses des dents atteintes.
- De 3 à 5 ans qui présentent une ou plusieurs dents antérieures maxillaires cariées (lésions cavitaires), absentes pour cause de carie ou obturées.
- Un caod > 4 à 3 ans / > 5 à 4 ans / > 6 à 5 ans (5) (6) (3).

La carie précoce du jeune enfant atteint progressivement les incisives temporaires maxillaires, les molaires et enfin les canines maxillaires avant d'atteindre les dents mandibulaires. En général, les incisives mandibulaires, protégées par la langue, sont épargnées. L'un des principaux facteurs étiologiques est la consommation répétée de biberons contenant des liquides sucrés comme les jus de fruit, les sodas, le lait...(3).

La prévalence mondiale de l'ECC varie de 3 à 74% selon les pays et la forme de la pathologie (7). La prévalence en France de l'ECC a été estimée à 37,5% et à 11% pour la S-ECC (8).



*Illustration 3: Carie précoce du jeune enfant
(Icônographie du Dr Trentesaux)*

2.1.2 Conséquences

La carie précoce du jeune enfant affecte les « dents temporaires » (ou lactéales). Les pathologies des dents temporaires ont un impact sur la santé générale : la mastication, la phonation, l'esthétique et l'estime de soi (9).

La prise en charge thérapeutique à l'état vigile de ces jeunes enfants est souvent difficile dû au manque de coopération lié à leur jeune âge, ce qui nécessite parfois l'utilisation de techniques spécifiques coûteuses (comme l'anesthésie générale ou la sédation) dont l'offre est limitée dans les cabinets de ville (10). De plus, la prise en charge en ville de ce type de patient est délicate en raison du manque de temps, de la non-valorisation des soins en odontologie pédiatrique, ainsi que du manque de formation des chirurgiens-dentistes pour gérer ce type de patient.

Par conséquent, les services hospitaliers sont saturés et les délais d'attentes sont très longs. La prise en charge sous anesthésie générale chez les enfants n'est pas anodine et nécessite une évaluation du rapport bénéfice/risque.

Il est donc très important de détecter ce type de pathologie le plus tôt possible, et de diffuser les messages de prévention adaptés afin d'éviter le développement de la pathologie (3) (11) (12).

Les dents temporaires et permanentes sont directement liées, ainsi une atteinte de la dent temporaire pourra affecter la dent permanente (13).

Au-delà de la détresse immédiate causée par les douleurs dentaires, la carie de la petite enfance peut aussi avoir des effets négatifs sur la santé à plus long terme. En effet, la carie non traitée peut affecter la prise de poids ainsi que la croissance et le développement de l'enfant (14) (Anémie fréquemment retrouvée par exemple).

Les jeunes enfants atteints de carie précoce peuvent présenter une insuffisance pondérale, souffrir de carence en fer et grandir à un rythme plus lent en raison de leurs difficultés pour s'alimenter (douleurs) (15).

La carie précoce du jeune enfant peut également affecter l'entourage de l'enfant indirectement, par exemple par la perte d'argent et de temps pour les parents qui doivent garder les enfants à la maison (16). La carie précoce est reconnue comme un problème majeur de santé publique en raison de sa prévalence élevée ainsi que de l'impact sur la qualité de vie de l'enfant et celle de son entourage (17).

Par ailleurs, les déterminants socio-économiques, socio-culturels et socio-comportementaux jouent un rôle dans l'étiopathogénie de la maladie (18) (19).

2.2 Les facteurs associés à la carie dentaire

2.2.1 Le schéma de Keyes (1962) et de Fischer Owens

Le schéma de Keyes correspond à la triade étiologique de la carie dentaire qui comprend les bactéries cariogènes qui forment la plaque dentaire, le terrain, ainsi que l'alimentation, auxquels nous pouvons ajouter le facteur Temps (20) (*Illustration 4*).

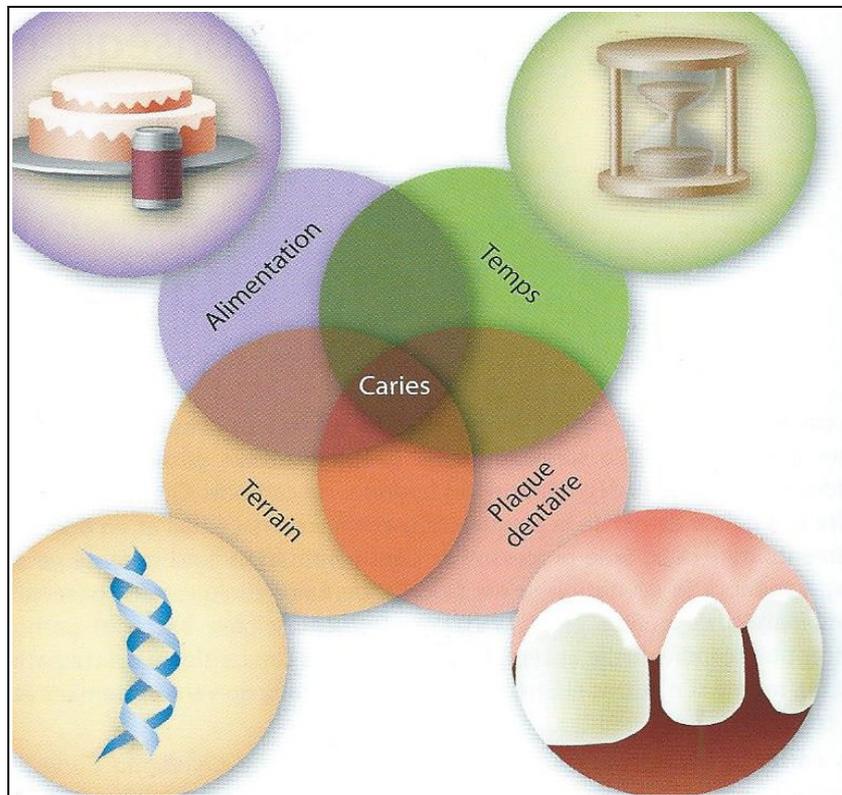


Illustration 4: Schéma de Keyes (3).

« Or ce schéma ne suffit pas à mettre en évidence tous les facteurs de risque. Il doit être replacé dans une approche biopsychosociale qui tient compte de l'ensemble des sphères environnementales de l'enfant » (3) (Illustration 5).

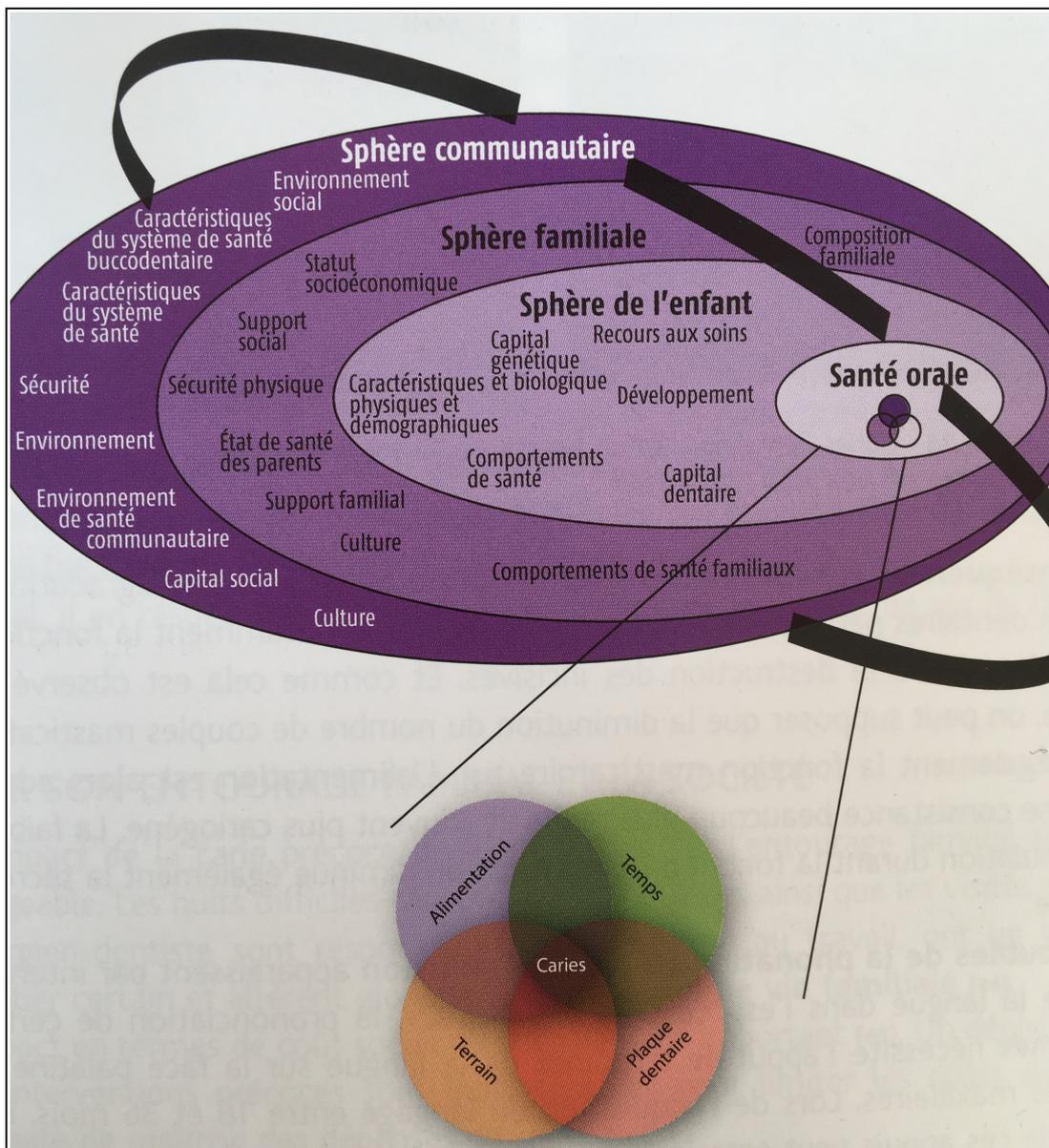


Illustration 5: Schéma de Fischer-Owens (3)

2.2.2 Le facteur bactérien

Le processus initial de l'ECC (*Early Childhood Caries*) est l'infection par les *streptococcus mutans* et les *actinomyces* qui sont des bactéries cariogènes ainsi que les *candida albicans*, dont la principale source est de la mère à l'enfant (21). On parle de transmission verticale avec certains gestes qui peuvent favoriser le passage de la salive et donc de streptocoques mutans de la mère à l'enfant, comme le passage des ustensiles pendant les repas, goûter les aliments avec la même cuillère, dormir auprès de sa mère, les baisers... On parle également de transmission horizontale avec par exemple les échanges de tétines à la crèche, entre frères et sœurs... (3) (22).

L'idée que la maman soit principalement responsable de la contamination des enfants a tendance à être relativisée du fait que les pères s'occupent de plus en plus de leur enfant et occupent une place de plus en plus importante dans leur éducation (3).

La méthode et la fréquence du brossage ont également un rôle important dans la carie précoce du jeune enfant (23).

2.2.3 Le facteur alimentaire

L'apport de sucre chez l'enfant se fait de différentes façons, le plus souvent par l'apport de biberons sucrés (chocolat au lait, sirop, jus de fruits...), par l'utilisation de miel sur les tétines ou encore par le biais de médicaments (3).

La relation entre la consommation de sucres fermentescibles et la carie dentaire est démontrée (20). Ces sucres sont métabolisés par les bactéries de la plaque dentaire et produisent des acides responsables de la déminéralisation de l'émail de la dent. Le grignotage entre les repas et la consommation d'aliments collants augmentent le temps de contact des sucres avec la dent, et donc augmentent le risque de carie. La prévention de la carie passe donc par la réduction de la quantité et surtout de la fréquence de consommation de ces hydrates de carbone (2).

C'est le nombre de prises sucrées qui importe le plus, ceci s'explique grâce à la courbe de Stephan (*Illustration 6*) qui illustre l'évolution du pH intra-buccal en fonction du temps après une consommation de sucre. On voit que 5 minutes après l'ingestion de sucre, le pH initialement de 7 décroît brutalement en dessous du pH critique de 5,5 pour atteindre une zone de déminéralisation avec un pH de 4,5 et il faut environ 40 minutes pour que celui-ci remonte et atteigne une zone stable de reminéralisation. C'est pour cela que la consommation trop fréquente de sucre ne permet pas au pH intra-buccal de remonter et reste à une valeur trop basse, ce qui produit des acides et déminéralise les dents (24).

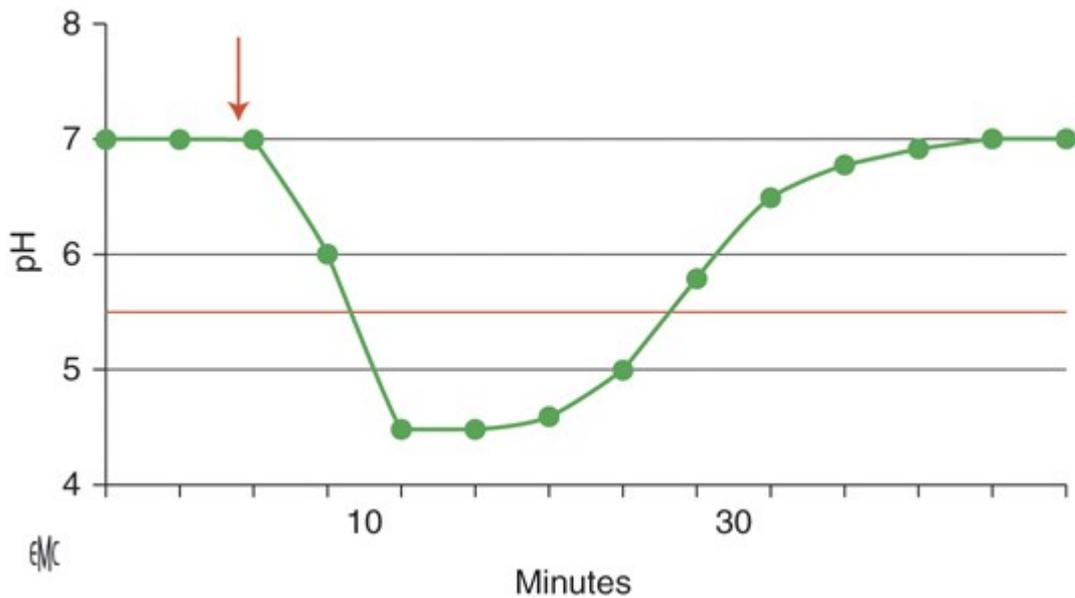


Illustration 6: Courbe de Stephan (24)

Il est montré que les enfants qui consomment des boissons gazeuses, des bonbons, des jus de fruits, sont plus susceptibles d'avoir des caries précoces. Ces collations appréciées des enfants ne demandent aucune préparation, sont facilement disponibles et donc beaucoup consommées en dépit de l'influence négative qu'elles ont sur la santé bucco-dentaire des enfants (20). Le biberon nocturne que les parents utilisent pour aider les enfants à s'endormir, ou l'allaitement à la demande nocturne (*co-sleeping*) favorisent le développement de carie précoce (25).

Nous remarquons que l'évolution des modes de vie, le manque de temps et la destruction des repas favorisent le grignotage. Cependant, le plus important dans l'installation de la carie reste la fréquence de consommation de sucre. Plus les ingestions sont répétées, plus la production d'acide est fréquente et prolongée, cela aboutit à un pouvoir tampon salivaire qui est débordé, et rompt l'équilibre entre minéralisation et déminéralisation (3).

2.2.4 Caries précoces du jeune enfant et allaitement maternel

Le lait maternel en lui-même n'est pas cariogène et selon plusieurs études, l'allaitement maternel prolongé ne serait pas une source de caries précoces chez le jeune enfant(26).

Cependant, l'allaitement nocturne tardif dit « à la demande » peut lui, engendrer des polycaries du jeune enfant. Cet allaitement à la demande et prolongé, est notamment favorisé par la pratique du « co-sleeping » qui consiste à faire dormir le nourrisson dans le même lit que celui des parents.

Le risque de polycarie du jeune enfant s'explique par le fait que le nourrisson a tendance à s'endormir avec le mamelon en bouche et à ne pas déglutir les dernières gorgées. Par ce fait, du lait persiste dans la cavité buccale et stagne autour des dents, le lactose fermente et crée des acides responsables de la déminéralisation de l'émail. Durant le sommeil, nous avons également la quantité et la qualité de la salive qui est diminuée et qui ne joue plus son rôle « nettoyant ». Il est donc fortement recommandé d'arrêter toute alimentation nocturne dès l'apparition des premières dents temporaires.

Pour ce qui est du facteur bactérien, afin d'éviter une contamination bactérienne, on peut conseiller aux mères allaitantes de nettoyer leur aérole avec une compresse imprégnée de sérum physiologique ou d'eau minérale avant et après chaque tétée (26).

2.2.5 Susceptibilité individuelle de l'enfant

Il a été montré que le flux salivaire ainsi que la composition de la salive ont un rôle dans la carie précoce du jeune enfant (27).

Certaines pathologies peuvent favoriser le développement de carie chez l'enfant comme l'asthme (avec des traitements qui jouent un rôle dans la composition salivaire et le flux salivaire) ou l'obésité par exemple.

Il existe aussi des relations entre caries précoces et carence en fer ou vitamine D. En effet, la carie engendre des douleurs, entraînant des difficultés à s'alimenter avec comme répercussions une diminution du poids et des carences (3).

2.3 *Le rôle de la famille dans la santé orale*

2.3.1 Catégorie sociale défavorisée

Il a été observé que le revenu familial mensuel et le niveau d'étude de la mère ont un fort impact sur la santé bucco-dentaire des enfants. En effet, les enfants vivant dans des familles à revenu plus élevé présentent généralement des meilleurs comportements d'hygiène buccale, un meilleur accès aux soins de santé, aux mesures préventives qui leurs permettent d'avoir une meilleure qualité de vie mais il ne faut cependant pas généraliser (28) (29).

2.3.2 Structure familiale fragilisée

Il a été montré que la structure familiale (par exemple, les enfants vivant avec leurs deux parents biologiques, le nombre de frères et sœurs) et les conditions de vie à la maison (surpeuplement des ménages) ont une forte influence sur la perception de la santé bucco-dentaire des enfants. On a également montré une association entre la perception des parents sur la santé bucco-dentaire de leurs enfants et celle perçue par les enfants eux-mêmes, si les parents s'intéressent à la santé bucco-dentaire de leurs enfants, ils s'y intéresseront également (28) (29).

La position de l'enfant dans la fratrie est également à considérer. Si l'enfant est l'aîné, on peut se dire que la pathologie s'est développée par manque d'informations des parents. Au contraire, si l'enfant est le dernier, le plus souvent les parents sont plus laxistes au niveau des habitudes d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire.

Les parents jouent un rôle important dans le développement de l'enfant par leur appui, l'encouragement, le soutien et la modélisation, car les enfants ont tendance à adopter le comportement de leurs parents.

Les parents sont responsables des soins bucco-dentaires de leur enfant. Les enfants d'âge préscolaire ne sont pas capables de se brosser les dents eux-mêmes et manquent de dextérité manuelle et de maturité psychologique pour comprendre l'importance du bon état de santé bucco-dentaire. Avec l'évolution des modes de vie, la tendance à avoir un seul enfant et l'augmentation du coût de la vie, la plupart des parents travaillent avec beaucoup moins de temps pour effectuer les bons gestes de prévention et de santé bucco-dentaire de leurs enfants (1).

Les bienfaits des routines de repas sur la santé bucco-dentaire des enfants ont été démontrés dans une étude :

- Premièrement, les routines des repas sont susceptibles de réduire le grignotage et la consommation d'aliments sucrés, qui sont connus pour être associés à la carie.
- Deuxièmement, les routines des repas sont susceptibles de fournir une meilleure nutrition qui est bon pour le développement physique et la santé en générale, y compris la santé bucco–dentaire de l'enfant.
- La troisième façon dont les routines des repas peuvent améliorer la santé bucco-dentaire est montrée par l'augmentation du nombre de brossage dentaire.
- Les repas en famille encouragent les relations positives et la communication entre les membres de la famille.
- Les repas en famille contribuent également à créer une routine, de sorte que les jeunes aient des journées structurées (30).

Il existe une culpabilité parentale liée aux problèmes de santé bucco-dentaire des enfants comme les caries dentaires non traitées et les traumatismes, en raison de l'association avec la douleur. La reconnaissance de l'implication des parents peut encourager les changements de comportement pour avoir des habitudes plus saines. Il faut faire comprendre aux parents qu'ils ont une influence directe sur la santé bucco-dentaire de leurs enfants tout en modérant nos propos et en évitant de les faire culpabiliser (31).

Pour finir, la peur du chirurgien-dentiste reste une réalité indéniable, qui empêche souvent les parents d'emmener leurs enfants dans un cabinet malgré l'évolution des techniques et la prise en charge de la douleur (3).

2.4 Conclusion

Pour conclure nous pouvons dire que les facteurs associés à la carie précoce du jeune enfant sont multiples et de différents ordres (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38):

Biologiques	Facteur bactérien (S.mutans) Facteur génétique Enfant prématuré/Bébé de petit poids
Cliniques	Anatomie dentaire Dent hypominéralisée Hypoplasie de l'émail Quantité et qualité de la salive
Sociaux	Structure familiale Niveau d'étude de la mère Niveau socio-économique des parents Origine ethnique/culturelle Accès aux mutuelles/Assurances
Comportementaux	Alimentation / Grignotage Fréquence et méthode de brossage
Environnementaux	Expériences carieuses de l'entourage Habitudes alimentaires des parents Hygiène orale des parents Tabagisme passif

2.5 Les recommandations sur l'hygiène alimentaire des nourrissons

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui datent de 2002 préconisent un allaitement maternel exclusif les six premiers mois. Elle estime que l'allaitement mixte avec l'introduction de « compléments liquides ou solides » n'apporte aucun bénéfice au nourrisson avant l'âge de 6 mois. En revanche, de nouvelles études au contraire, conseillent d'introduire une alimentation mixte dès 5 mois (39).

Il est important d'introduire une alimentation solide d'abord fluide puis mixée et en morceaux à partir de 5 - 6 mois. En effet l'alimentation solide permettra à l'enfant de développer son ossature maxillaire et sa musculature périphérique. Néanmoins, il est nécessaire de respecter un certain rythme d'introduction des aliments. Une fiche créée au CHRU de Lille et fournie aux futures mamans résume le rythme d'introduction des aliments (*Illustration 7*) (26).

De 0 à 5 mois	De 5 à 6 mois	De 6 à 7 mois	De 7 à 9 mois	De 9 à 12 mois
				
ou 	ou 	ou 	ou 	ou 
Lait 1 ^{er} âge	Lait 1 ^{er} âge ou 2 ^{ème} âge	Lait 2 ^{ème} âge	Lait 2 ^{ème} âge >500 ml/j	Lait >500 ml/j
	 Légumes en purée, fruits en compote, soupe	 Légumes en purée, fruits en compote, soupe	 Légumes en petits morceaux, eau	 Légumes en petits morceaux, eau
			 Fruits crus écrasés	 Fruits crus écrasés
		 1 à 2 c. à café de jus de fruit	 1/2 verre de jus de fruit	 1/2 verre de jus de fruit
		 Yaourt	 Fromage blanc	 Fromage blanc
		 Mixés, 1 c. à café	 Mixés, 3 c. à café	 Petits morceaux, 6 c. à café
			 1 noisette de beurre	 Fromage
<p>1 Eau pure à proposer en cas de fièvre ou de forte chaleur</p> <p>2 Produits sucrés à limiter</p>				

Illustration 7: Tableau « introduction des aliments » (42)

2.6 Les questions fréquentes que se posent les futures mamans

- Combien de dents de lait possède un enfant ?
- Dans quel ordre sortent les dents et à quel âge un enfant a-t-il toutes ses dents ?
- Comment peut-on réellement savoir s'il s'agit d'une poussée dentaire ?
- Comment soulager le bébé si les poussées sont très douloureuses ? Peut-on lui masser les gencives ?
- A partir de quel âge doit-on aller voir le dentiste ?
- Comment un dentiste procède-t-il pour la première consultation d'un enfant ?
- A partir de quel âge doit-on commencer à lui apporter une hygiène bucco-dentaire et quels matériels utiliser ?
- A partir de quel âge utiliser le premier dentifrice ?
- A partir de quel âge utiliser une brosse à dent électrique ?
- Que faire avec un enfant qui refuse de se brosser les dents ?
- Une chute sur les dents peut-elle avoir des conséquences sur sa dentition future qu'il est ou non déjà sorti ses premières dents ?
- Que faire si une dent de lait casse ?
- Hormis les caries, pour quelles raisons un enfant peut-il avoir des tâches noires sur les dents ?

3 Elaboration d'un support pédagogique

3.1 Généralités

Consulter un chirurgien-dentiste dès le plus jeune âge aidera les enfants à conserver un sourire et des dents saines tout au long de leur vie. Les dents des enfants sont importantes et la prévention de la carie commence avant même que la première dent n'apparaisse. En enseignant aux enfants les avantages d'un brossage efficace, ils seront dans la bonne direction pour conserver une bouche saine toute leur vie.

Apprendre aux enfants de bonnes habitudes d'hygiène buccale dès leur plus jeune âge peut leur permettre de conserver un sourire et des dents en bonne santé toute leur vie. Il faut savoir que les bébés qui n'ont pas encore de dents visibles ne signifie pas qu'ils ne puissent pas avoir de caries. En effet, les 20 dents temporaires (ou dents lactéales) sont déjà présentes dans les mâchoires à la naissance, et celles-ci commencent leur éruption à travers les gencives à environ 6 mois. En prendre soin est important notamment en prévision de la sortie des dents définitives à partir de 6 ans (40).

La prochaine partie de ce manuscrit est dédiée au support pédagogique constitué de fiches, qui abordent différents sujets notamment l'alimentation, l'hygiène bucco-dentaire, la carie dentaire, le rôle des dents temporaires, les poussées dentaires, l'allaitement, la première visite au cabinet dentaire, la succion de la tétine et du pouce, les traumatismes dentaires et le fluor.

Ce support va permettre de répondre aux interrogations que se posent les futures mamans, et ainsi permettre de promouvoir les bonnes habitudes d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire.

3.2 Fiches par thème

3.2.1 Alimentation

Fiche N°1

Alimentation

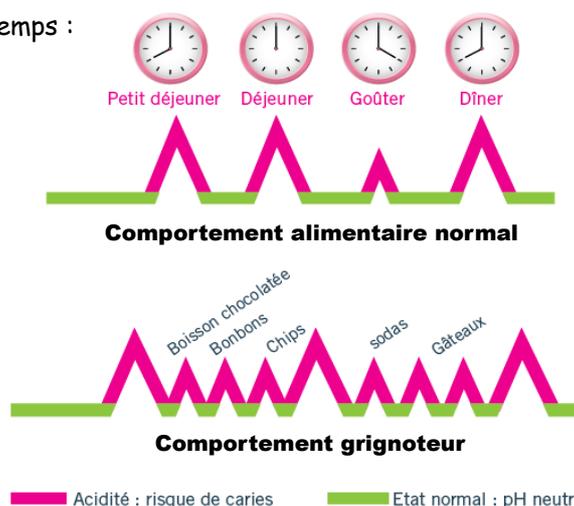
Informations :

- L'alimentation joue un rôle important dans l'apparition des caries
- Un biberon de lait peut-être source de carie selon sa composition et sa fréquence d'administration

Recommandations :

- Groupez les prises alimentaires en 4 temps :

- Petit déjeuner
- Déjeuner
- Goûter
- Dîner



- Il est recommandé d'introduire une alimentation diversifiée et équilibrée dès l'âge de 5 mois
- Il est préférable de favoriser la consommation d'eau pure (Sans sirops)
- Avant 5 mois, allaitement maternel exclusif recommandé car il stimule la croissance osseuse oro-faciale et diminue la fréquence des infections chez le nourrisson
- Après 5 mois, il est conseillé d'introduire l'alimentation à la cuillère (Diversification alimentaire)
- Il est recommandé de cesser l'allaitement au sein la nuit dès l'apparition des premières dents lactéales
- Il est préférable d'éviter le grignotage (Prise sucrée hors des repas solide/liquide)
- Il est recommandé d'éviter les biberons sucrés (Surtout nocturnes/ Avec co-sleeping)
- La tétine ne doit pas être recouverte de produits sucrés (Chocolat, miel, sucre...)
- Demandez au médecin des médicaments sans sucre

3.2.2 Brossage

Fiche N°2

Brossage des dents

Informations :

- Le brossage permet de lutter contre l'apparition de la plaque dentaire et la formation de carie
- Un brossage efficace = 2 fois par jour pendant 2 minutes
- Dès la naissance, nettoyez la bouche de votre enfant avec une compresse de gaze humide
- Le brossage commence dès l'apparition de la première dent (Environ 6 mois)
- Pensez à nettoyer la bouche de votre enfant après toute prise de médicament type sirop, granule ou aérosol

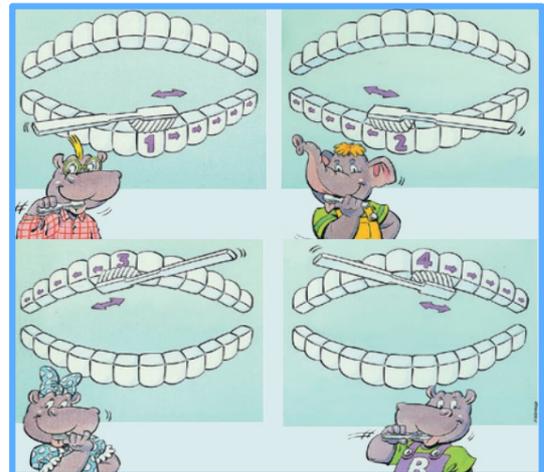
Recommandations :

- Brossage 2 fois par jour (Méthode « BOUBOU »)

▶ De 0 à 3 ans : Laisser jouer l'enfant
Puis réalisé par un adulte

▶ De 3 à 6 ans : Supervisé par un adulte
en utilisant la méthode « BOUBOU » :

- ◆ On tient la brosse bien en main
- ◆ On brosse toutes ses dents
- ◆ On ne mouille pas la brosse à dent
- ◆ Les poils de la brosse sont à cheval sur la dent et on fait des mouvements de va et vient



- La brosse à dent est adaptée à la taille de l'enfant (petite tête, poils souples, manche large)

- Le dentifrice est adapté à l'âge de l'enfant

▶ De 6 mois à 3 ans : < ou = à 500 ppm

▶ De 3 à 6 ans : 500 ppm

▶ Après 6 ans : 1000 à 1500 ppm



- Quantité de dentifrice faible (Inférieure à la taille d'un petit pois)

- Changez de brosse à dent quand les poils deviennent abîmés, environ tous les 3 mois (1 par saison)



3.2.3 Carie

Fiche N°3

La carie dentaire

Informations :

- La carie dentaire est une maladie bactérienne transmissible
- Chez l'enfant < 6 ans, on parle de « carie précoce du jeune enfant »
- Les causes principales :
 - ▶ Consommation de sucres de manière répétée
 - ▶ Transmission de bactéries Parents → Enfant
 - ▶ Absence d'hygiène adaptée
- Le tabagisme passif augmente le risque carieux
- La carie évolue plus vite chez l'enfant
- Une carie non soignée a de nombreuses conséquences : Esthétiques, fonctionnelles, sociales, psychologiques... et peut également avoir un impact sur la santé générale de l'enfant (Alimentation, sommeil)

Recommandations :

- Il est préférable de ne pas laisser un biberon sucré à votre bébé la nuit
- La température des aliments est à contrôler avec une autre cuillère que celle de votre enfant
- L'enfant à ses propres couverts
- La tétine de votre enfant doit être nettoyée avec de l'eau avant de lui redonner
- Il est préférable d'éviter d'embrasser votre enfant sur la bouche
- Brossez les dents de votre enfant dès leur éruption avec un matériel adapté
- Consultez un chirurgien dentiste avant le premier anniversaire
- Respectez les conseils d'hygiène alimentaire pour éviter l'apparition des caries



3.2.4 Rôles des dents temporaires

Fiche N°4

Le rôle des dents temporaires

Informations :

- Leurs rôles :
- **Mastication** : Elles permettent à l'enfant de s'alimenter et de déglutir
 - **Phonation** : Elles permettent à l'enfant de parler
 - **Croissance** : Elles permettent de garder l'espace pour les dents permanentes
 - **Psychosocial** : Elles ont un rôle esthétique très important dans les relations sociales

Si elles sont absentes :

- ▶ L'enfant aura des difficultés à s'alimenter, pouvant entraîner une dénutrition et/ou malnutrition
- ▶ L'enfant a tendance à moins parler, avec la difficulté de produire certains sons
- ▶ L'enfant peut subir des moqueries de la part de ses camarades et se renfermer sur lui-même
- ▶ Les dents permanentes peuvent sortir en avance et trouver une mauvaise position, cela va alors perturber l'éruption des autres dents définitives

Pour finir :

- ▶ Quand l'enfant grandit, les mâchoires connaissent également une croissance créant ainsi de la place pour les dents permanentes



3.2.5 Les poussées dentaires

Fiche N°5

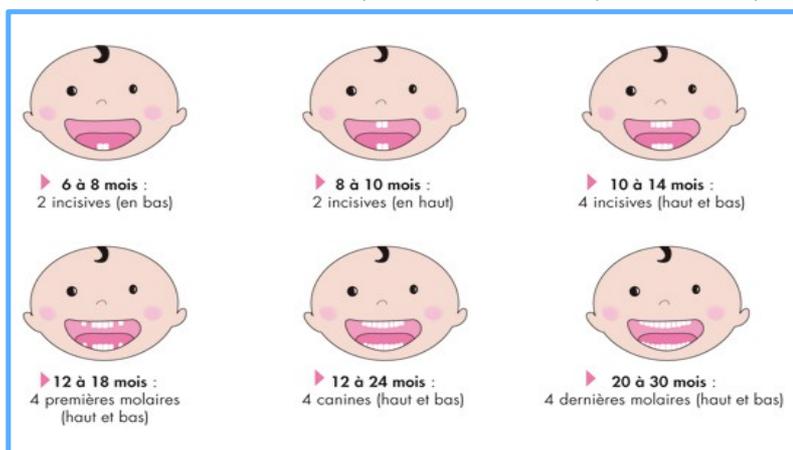
Les poussées dentaires

Informations :

- Les symptômes :
 - ▶ Douleurs aux gencives
 - ▶ Mordillement
 - ▶ Agitation
 - ▶ Troubles du sommeil
 - ▶ Inflammation des gencives
 - ▶ Fesses irritées
 - ▶ Irritabilité
 - ▶ Frottement des oreilles
 - ▶ Salivation abondante
 - ▶ Joues rouges
- La plupart des enfants ont leurs 20 dents temporaires vers l'âge de 3 ans
- Les dents temporaires tombent à partir de 6 ans environ
- Des bébés peuvent naître avec des dents

Recommandations :

- Massez la gencive avec une compresse humide ou votre doigt propre
- Utilisation d'un anneau de dentition réfrigéré mais non glacé
- Traitements :
 - ▶ Homéopathie (CAMILIA®) : mais à limiter car fort pouvoir cariogène
 - ▶ Anti-douleur (PARACETAMOL®) : prescription en accord avec le pédiatre ou le chirurgien dentiste
 - ▶ Solution gingivale (DOLODENT®)
 - ▶ Gel gingival (HYALUGEL première dent® / PANSORAL première dent® / DOLODENT®) : ne pas les utiliser avant la tétée et faire attention aux morsures
- Evitez de tremper l'anneau de dentition dans des aliments sucrés
- Evitez de frotter la gencive avec du pain ou du sucre
- Evitez les colliers d'ambre : les effets n'ont pas réellement été prouvés et il peut être dangereux pour l'enfant



3.2.6 L'allaitement

Fiche N°6

L'allaitement

Informations :

- Au sein :
- L'allaitement permet une relation privilégiée entre la mère et son enfant
 - C'est un processus actif qui favorise le développement des muscles et des os de la face
 - Il permet le développement de la respiration nasale
 - La texture du mamelon est flexible et s'adapte parfaitement à la morphologie de la cavité buccale
 - Le nourrisson peut contrôler le flux de lait et éviter le risque de fausses routes



- Au biberon :
- C'est un processus passif qui demande peu d'effort à l'enfant
 - La tétine ne s'adapte pas à la forme de la cavité buccale et s'étire moins lors du mouvement de succion
 - Les muscles de la sphère oro-faciale sont nettement moins sollicités et la durée de la tétée est diminuée
 - Le nourrisson ne peut pas contrôler le flux de lait et développe une déglutition atypique pour éviter les fausses routes
 - Il favorise le développement d'une respiration buccale pouvant entraîner des malocclusions



Recommandations :

- Pour un allaitement au biberon, il est recommandé d'utiliser une tétine physiologique et de redresser le nourrisson en position semi-assise pour augmenter l'effort de succion
- Utilisez un lait adapté à l'âge de l'enfant
- Avant 5 mois, l'allaitement maternel exclusif est recommandé car il stimule la croissance osseuse oro-faciale et diminue la fréquence des infections chez le nourrisson
- Après 5 mois, il est conseillé d'introduire l'alimentation à la cuillère et de diversifier les aliments
- Il est recommandé de cesser l'allaitement au sein la nuit dès l'apparition des premières dents lactéales

3.2.7 Première visite chez le chirurgien dentiste

Fiche N°7

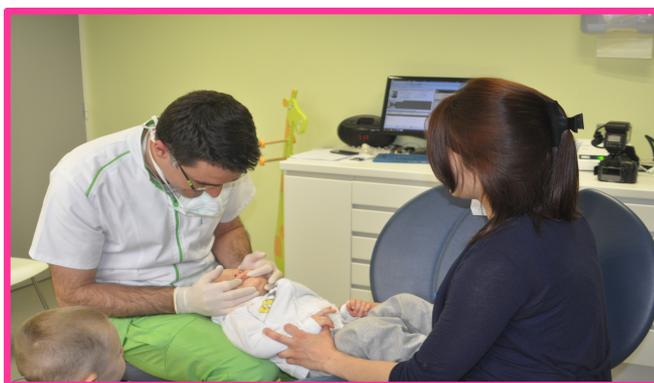
La première visite chez le chirurgien dentiste

Informations :

- Pourquoi ?
- Réaliser l'examen de la bouche
 - Contrôler le développement de la mâchoire et des dents
 - Mettre l'enfant à l'aise face à l'environnement dentaire
 - Donner les conseils d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire adaptés
 - Evaluer le risque carieux de l'enfant
 - Estimer si l'enfant a des apports suffisants en fluor
 - Parler de l'utilisation de la tétine et de la succion du pouce
 - Parler des accidents dentaires classiques (fractures / expulsions dentaires) et des conduites à tenir
 - Discuter des traitements nécessaires éventuels et prévoir le prochain rendez-vous

Recommandations :

- Réalisez la consultation dans les 6 mois suivant l'éruption de sa première dent et avant son premier anniversaire (« Consultation du petit rien »)
- N'attendez pas que votre enfant ait mal !
- Prendre le rendez-vous de préférence le matin quand votre enfant est attentif et à l'écoute
- Gardez vos inquiétudes et vos préoccupations : l'enfant ressent vos émotions
- Ne pas utiliser la visite chez le dentiste comme une punition ou une menace
- Parlez à votre enfant de sa visite chez le dentiste



(1)

(1) Delfosse C, Trentesaux T. La carie précoce du jeune enfant : du diagnostic à la prise en charge globale. Rueil-Malmaison : Éd. CdP, impr. 2015, cop. 2015.; 2015. (Collection Mémento / dirigée par Pierre-Hubert Dupas).

3.2.8 Tétine et pouce

Fiche N°8

Tétine et pouce

Informations :

- Pourquoi ?
- La succion est un réflexe naturel
 - Elle permet à l'enfant d'être rassuré, heureux et détendu

- Les conséquences :
- ▶ Répercussions sur le positionnement des dents
 - ▶ Répercussions sur la croissance des mâchoires
 - ▶ Risque de déformation du palais
 - ▶ Répercussions sur le développement des fonctions :



- ▶ Respiration
- ▶ Phonation
- ▶ Déglutition

Recommandations :

- Ces habitudes de succion se stoppent normalement entre 2 et 4 ans
- Elles doivent être arrêtées le plus tôt possible (idéalement avant 2 ans) et avant l'apparition des dents permanentes
- Si votre enfant ne cesse pas ces habitudes, parlez-en avec votre chirurgien-dentiste pour l'aider à arrêter
- Il est important de nettoyer régulièrement le nez des nourrissons pour optimiser la ventilation nasale. Un enfant ayant le nez encombré développera une ventilation buccale avec des risques de malocclusions



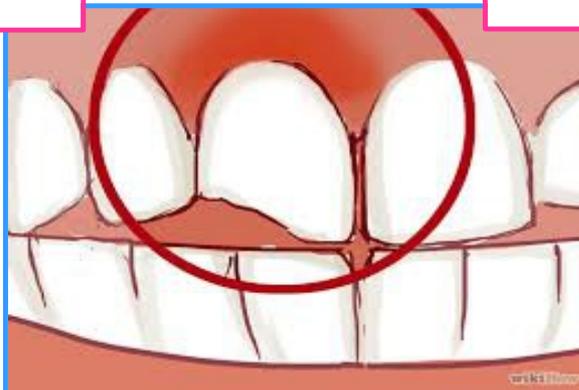
Les traumatismes dentaires

Informations :

- **Il faut agir vite !**
- 3 questions importantes : Où ? Quand ? Comment ?
- Après un traumatisme, votre chirurgien-dentiste doit effectuer une consultation approfondie et réaliser un **certificat médical initial descriptif (CMID)** pour une prise en charge par les assurances des soins éventuels immédiats ou futurs

Recommandations :

- Si traumatisme même minime :
 - ▶ Vérifiez que l'enfant n'a pas perdu connaissance
 - ▶ S'il n'y a pas d'urgences vitales, consultez rapidement votre chirurgien-dentiste
 - ▶ Si un morceau de dent ou si la dent entière est tombée, conservez le morceau ou la dent dans du lait ou du serum physiologique et le ramener au chirurgien-dentiste
 - ▶ Ramenez le carnet de santé de l'enfant pour vérifier les vaccinations



3.2.10 Le fluor

Fiche N°10

Le fluor

Informations :

- Le fluor est un oligo-élément que l'on trouve dans :
 - ▶ Eaux minérales
 - ▶ Sels fluorés
 - ▶ Dentifrices
 - ▶ Bain de bouche
 - ▶ Certains aliments (Epinards/chou/poisson...)
- Il contribue à rendre l'émail des dents plus résistant à la carie
- Il participe à la reminéralisation de l'émail

Recommandations :

- La méthode la plus efficace : apport topique (par application sur la dent) par dentifrice fluoré
- Il faut utiliser une quantité de fluor adapté à l'âge de l'enfant
- Dans certains cas exceptionnels, il est possible d'établir une supplémentation fluorée :
 - ▶ Par voie orale
 - ▶ Réservée aux enfants à risque carieux élevé ou porteur de handicap
 - ▶ Se fait après réalisation d'un bilan personnalisé des apports en fluor
 - ▶ Peut commencer après l'apparition des premières dents
 - ▶ Posologie : 0,05 mg de fluor/kg/jour sans dépasser 1mg tout apport fluoré confondu (pour éviter le risque de fluorose)



4 Diffusion et valorisation du support pédagogique

4.1 Intérêt

La finalité serait de diffuser ce travail afin d'aider les futures mamans dans la prise en charge bucco-dentaire de leurs enfants, et de répondre aux questions qu'elles se posent au quotidien.

4.2 Méthode de diffusion

Ce travail pourrait être diffusé via le réseau périnatal de Lille (réseau OMBREL= Organisation Mamans Bébé de la Région Lilloise) qui est un réseau constitué de plus de 800 professionnels qui accompagnent les mamans du début de leur grossesse jusqu'à après l'accouchement. Le réseau OMBREL collabore avec de nombreuses associations telles que *Césarine*, *les Papillons Blancs*, *la Lèche league*, *Allaitement Nord Solidarilait*, *ABRA*, *Les Maux*, *Les mots pour le dire* et *le Centre Nascita Montessori du Nord*. Il serait intéressant de pouvoir introduire ce support pédagogique dans les valises de maternité par exemple.

Nous pourrions également diffuser ce travail par le biais de publications scientifiques, de revues paramédicales ou pédiatriques.

Conclusion

Afin de prendre de bonnes habitudes pour la santé bucco-dentaire de votre enfant, il est important de prendre soin de ses dents et de ses gencives au plus tôt.

La santé bucco-dentaire entretient des liens étroits avec la santé générale. Si un enfant a des pathologies dentaires non traitées, elles pourront avoir des répercussions graves sur sa santé.

Vous pouvez donc prévenir chez votre enfant les pathologies bucco-dentaire en lui brossant les dents ou en supervisant le brossage tous les jours, en l'amenant régulièrement consulter un chirurgien-dentiste dès le plus jeune âge et en lui proposant une alimentation équilibrée. Les enfants prennent les bonnes habitudes bucco-dentaire grâce à leurs parents.

La grossesse est un moment propice à l'enseignement, les femmes enceintes étant plus réceptives aux informations susceptibles d'améliorer leur santé et celle de leur nourrisson. C'est donc durant cette période qu'il faut mettre l'accent sur la mise en place de bonnes habitudes d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, habitudes que les femmes enceintes pourront poursuivre pour elle-mêmes et pour leur enfant au quotidien.

Les fiches pédagogiques constituent un soutien à la prévention bucco-dentaire au quotidien. Elles représentent un aide mémoire pour la famille à la maison. Il est également important de rappeler que le chirurgien-dentiste est à leur disposition pour toute information.

La prévention en santé orale constitue un enjeu de santé publique important et il est impératif que celle-ci intervienne dès le plus jeune âge.

Références bibliographiques

1. Mani SA, Aziz AA, John J, Ismail NM. Knowledge, attitude and practice of oral health promoting factors among caretakers of children attending day-care centers in Kubang Kerian, Malaysia: a preliminary study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2010 Jun;28(2):78–83.
2. Haute Autorité de Santé - HAS - Accueil [Internet]. [cited 2017 Jan 24]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr/accueil
3. Delfosse C, Trentesaux T. La carie précoce du jeune enfant : du diagnostic à la prise en charge globale. Rueil-Malmaison : Éd. CdP, impr. 2015, cop. 2015.; 2015. (Collection Mémento / dirigée par Pierre-Hubert Dupas).
4. Rowan-Legg A. Les soins buccodentaires des enfants – un appel à l’action. *Paediatr Child Health.* 2013 Jan;18(1):44–50.
5. Schroth RJ, Brothwell DJ, Moffatt MEK. Caregiver knowledge and attitudes of preschool oral health and early childhood caries (ECC). *Int J Circumpolar Health.* 2007 Apr 1;66(2):153–67.
6. Fuller LA, Stull SC, Darby ML, Tolle SL. Oral Health Promotion: Knowledge, Confidence, and Practices in Preventing Early-Severe Childhood Caries of Virginia WIC Program Personnel. *Am Dent Hyg Assoc.* 2014 Apr 1;88(2):130–40.
7. Congiu G, Campus G, Lugliè PF. Early Childhood Caries (ECC) Prevalence and Background Factors: A Review. *Oral Health Prev Dent.* 2014;12(1):71–6.
8. Droz D, Guéguen R, Bruncher P, Gerhard J-L, Roland E. [Epidemiological study of oral dental health of 4-year-old children in french nursery schools]. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr.* 2006 Sep;13(9):1222–9.
9. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ.* 2005 Sep;83(9):644.
10. Marquillier T. Making the choice of conscious sedation... a public health issue ! *Rev Fr Odontol Pédiatrique.* 2016;11(3):6.
11. Tate AR, Ng MW, Needleman HL, Acs G. Failure rates of restorative procedures following dental rehabilitation under general anesthesia. *Pediatr Dent.* 2002 Feb;24(1):69–71.
12. Almeida AG, Roseman MM, Sheff M, Huntington N, Hughes CV. Future caries susceptibility in children with early childhood caries following treatment under general anesthesia. *Pediatr Dent.* 2000 Aug;22(4):302–6.
13. Cordeiro MMR, Rocha MJ de C. The effects of periradicular inflammation and infection on a primary tooth and permanent successor. *J Clin Pediatr Dent.* 2005;29(3):193–200.
14. Naidu R, Nunn J, Donnelly-Swift E. Oral health-related quality of life and early childhood caries among preschool children in Trinidad. *BMC Oral Health.* 2016;16(1):128.
15. Clarke M, Locker D, Berall G, Pencharz P, Kenny DJ, Judd P. Malnourishment in a

- population of young children with severe early childhood caries. *Pediatr Dent*. 2006 Jun;28(3):254–9.
16. Gift HC, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health*. 1992 Dec 1;82(12):1663–8.
 17. Kim Seow W. Environmental, maternal, and child factors which contribute to early childhood caries: a unifying conceptual model. *Int J Paediatr Dent*. 2012 May 1;22(3):157–68.
 18. Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health*. 2004 Mar;21(1 Suppl):71–85.
 19. Tinanoff N, Reisine S. Update on Early Childhood Caries since the Surgeon General’s Report. *Acad Pediatr*. 2009 Dec;9(6):396.
 20. Schroth RJ, Halchuk S, Star L. Prevalence and risk factors of caregiver reported Severe Early Childhood Caries in Manitoba First Nations children: results from the RHS Phase 2 (2008–2010). *Int J Circumpolar Health* [Internet]. 2013 Aug 5 [cited 2017 Jan 19];72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3753137/>
 21. Nakai Y, Mori Y, Tamaoka I. Antenatal Health Care and Postnatal Dental Check-Ups Prevent Early Childhood Caries. *Tohoku J Exp Med*. 2016;240(4):303–8.
 22. Damle SG, Yadav R, Garg S, Dhindsa A, Beniwal V, Loomba A, et al. Transmission of mutans streptococci in mother-child pairs. *Indian J Med Res*. 2016 Aug 1;144(2):264.
 23. Hsieh H-J, Huang S-T, Tsai C-C, Hsiao S-Y. Toothbrushing Habitudes et indicateurs de risque de grave de la petite enfance Caries Parmi taiwanais autochtone. *Asia Pac J Public Health*. 2014 May 1;26(3):238–47.
 24. Foray H, d’Arbonne F. Alimentation et santé buccodentaire chez l’enfant. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitesmb28-54423](http://www.em-premium.com/doc-Distant/univ-Lille2/fr/datas/mb28-54423) [Internet]. 2016 Dec 23 [cited 2017 Jun 4]
 25. Han D-H, Kim D-H, Kim M-J, Kim J-B, Jung-Choi K, Bae K-H. Regular dental checkup and snack–soda drink consumption of preschool children are associated with early childhood caries in Korean caregiver/preschool children dyads. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014 Feb 1;42(1):70–8.
 26. Kacet L, Jollant B, Dehaynin E. *Grossesse et chirurgie dentaire*. Rueil-Malmaison, France: Éditions CdP, DL 2015; 2015. xvi+115.
 27. Borges TS, Schwanke NL, Reuter CP, Neto LK, Burgos MS. Factors associated with caries: a survey of students from southern Brazil. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34(4):489–94.
 28. Paula JS, Leite IC, Almeida AB, Ambrosano GM, Pereira AC, Mialhe FL. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren’s self-perception of quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:6.
 29. Maes L, Vereecken C, Vanobbergen J, Honkala S. Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. *Int Dent J*. 2006 Jun;56(3):159–67.
 30. Levin KA, Currie C. Adolescent toothbrushing and the home environment: sociodemographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganisation.

31. Gomes MC, Clementino MA, Pinto-Sarmiento TC de A, Martins CC, Granville-Garcia AF, Paiva SM. Association between parental guilt and oral health problems in preschool children: a hierarchical approach. *BMC Public Health*. 2014;14(1):854.
32. Nakayama Y, Mori M. Association of environmental tobacco smoke and snacking habits with the risk of early childhood caries among 3-year-old Japanese children. *J Public Health Dent*. 2015;75(2):157–62.
33. Hilton IV, Stephen S, Barker JC, Weintraub JA. Cultural factors and children’s oral health care: a qualitative study of carers of young children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007 Dec;35(6):429–38.
34. Kawashita Y, Kitamura M, Saito T. Early childhood caries. *Int J Dent*. 2011;2011:725320.
35. Uribe S. Early childhood caries – risk factors. *Evid Based Dent*. 2009;10(2):37–8.
36. Fontana M. The Clinical, Environmental, and Behavioral Factors That Foster Early Childhood Caries: Evidence for Caries Risk Assessment. *Pediatr Dent*. 2015 Jun;37(3):217–25.
37. Duijster D, Verrips GHW, van Loveren C. The role of family functioning in childhood dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014 Jun;42(3):193–205.
38. Marquillier T, Trentesaux T, Dehaynin-Toulet E, Boquet M, Delfosse C. La carie précoce du jeune enfant: Comprendre la maladie pour adapter la prise en charge. *Inf Dent [Internet]*. 2017 mai [cited 2017 Jan 19];99(22)
39. Sansotta N, Piacentini GL, Mazzei F, Minniti F, Boner AL, Peroni DG. Timing of introduction of solid food and risk of allergic disease development: understanding the evidence. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2013 Oct;41(5):337–45.
40. UFSBD | Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire [Internet]. [cited 2017 Jan 24]. Available from: <http://www.ufsbd.fr/>
41. DMP : le carnet de santé version 2.0 | esante.gouv.fr, le portail de l’ASIP Santé [Internet]. [cited 2017 Mar 31]. Available from: <http://esante.gouv.fr/le-mag-numero-1/dmp-le-carnet-de-sante-version-20>
42. Store-Factory. Grossesse et chirurgie dentaire L. Kacet, B. Jollant, E. Dehaynin-Toulet [Internet]. [cited 2017 Feb 17]. Available from: <http://www.librairie-garanciere.com/grossesse-et-chirurgie-dentaire.htm>

Table des illustrations

Illustration 1: Informations sur la santé orale présentes dans le carnet de santé des enfants (41).....	16
Illustration 2: Valise de maternité avec le livret explicatif (Icônographie personnelle).....	17
Illustration 3: Carie précoce du jeune enfant (Icônographie du Dr Trentesaux).....	19
Illustration 4: Schéma de Keyes (3).....	21
Illustration 5: Schéma de Fischer-Owens (3).....	22
Illustration 6: Courbe de Stephan (24).....	24
Illustration 7: Tableau « introduction des aliments » (42).....	29

Annexes

Annexe 1 : Questions posées au personnel des maternités des Hauts-De-France concernant la prévention bucco-dentaire chez les enfants.

Est ce que des informations sont données aux futures mamans en terme de prévention bucco-dentaire chez le jeune enfant ?
--

Est ce que ces informations sont données lors des cours de préparation à l'accouchement ou allaitement ?
--

Est ce que des informations concernant la relation entre l'allaitement et les dents sont évoquées ainsi que les bienfaits de celui-ci pour la dentition ?

Annexe 2 : Liste des maternités contactées

Centre hospitalier d'Armentières

Centre hospitalier Jeanne de Flandres à Lille

Centre hospitalier de Douai

Centre hospitalier de Compiègne

Centre hospitalier de Cambrai

Clinique Saint Marie de Cambrai

Domaines : Prévention / Pédodontie

Mots clés Rameau: Prophylaxie dentaire – Enfants ; Carie dentaire – Prévention ; Carie de la petite enfance ; Dents - Soins et hygiène ; Education des patients ; Santé publique bucco-dentaire ; Dents – Maladies – Chez l'enfant

Mots clés FmeSH: Caries dentaires - prévention et contrôle ; Hygiène bucco-dentaire – Enfant ; Prophylaxie dentaire ; Education du patient comme sujet ; Education en santé dentaire

Résumé de la thèse :

De nos jours, l'approche préventive en médecine bucco-dentaire pédiatrique prend une place importante et la prévention constitue un enjeu de santé publique majeur.

La prévention bucco-dentaire chez le jeune enfant peut commencer dès la grossesse par la diffusion de conseils donnés à la maman. L'objectif de ce travail consiste en l'élaboration d'un support pédagogique à destination des futures mamans.

Consulter un chirurgien-dentiste dès le plus jeune âge aidera votre enfant à conserver un sourire et des dents saines tout au long de sa vie. Les dents de votre enfant sont importantes et la prévention de la carie commence avant même que la première dent n'apparaisse. En enseignant à vos enfants un brossage efficace, vous les mettez dans la bonne direction pour conserver une bouche saine toute la vie.

La finalité de ce travail est de répondre aux questions que se posent les mamans, afin de réduire le stress que l'on peut ressentir face à une situation que l'on a jamais vécue et également de prévenir les pathologies bucco-dentaire grâce à la diffusion de conseils préventifs.

Les fiches pédagogiques apportent un soutien à la prévention bucco-dentaire au quotidien. Elles représentent un aide mémoire pour la famille à la maison.

JURY :

Président : Professeur T. COLARD

Assesseurs : Docteur C. DELFOSSE

Docteur T. TRENTESAUX

Docteur T. MARQUILLIER

Membres invités : Docteur E. DEHAYNIN-TOULET