UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2018 N°:

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 30 JANVIER 2018

Par Marie BOQUET

Née le 03 AVRIL 1992 à Béthune – France

ALLAITEMENT MATERNEL ET ODONTOLOGIE : HALTE AUX IDEES RECUES

JURY

Président :	Professeur Thomas COLARD
Assesseurs :	Docteur Caroline DELFOSSE
	Docteur Thomas TRENTESAUX
	Docteur Céline CATTEAU

ACADEMIE DE LILLE

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE
PLACE DE VERDUN
59000 LILLE

Président de l'Université	:	X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services	:	P-M. ROBERT
Doyen	:	Pr. E. DEVEAUX,
Vice-Doyens	:	Dr. E. BOCQUET,
		Dr. L. NAWROCKI,
		Pr. G. PENEL
Responsable des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	M. DROPSIT

****

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

***PROFESSEURS DES UNIVERSITES* :**

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Emérite Parodontologie
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice-Endodontie **Doyen de la Faculté**
G. PENEL	Responsable du Département de **Biologie Orale**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Responsable du Département de **Dentisterie Restauratrice-Endodontie**
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
F. BOSCHIN	Responsable du Département de **Parodontologie**
E. BOCQUET	Responsable du Département d'**Odontologie Dento -Faciale**
C. CATTEAU	Responsable du Département de **Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale**
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable du Département d'**Odontologie Pédiatrique**
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice-Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Dentisterie Restauratrice-Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable du Département de **Chirurgie Orale**
C. LEFEVRE	Prothèses
J. L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice-Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A.Caumartin - CHRU
C. OLEJNIK	**Biologie Orale**
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux

L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice-Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable du Département des **Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux**
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable du Département 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
Section Réhabilitation Orale
*Département Sciences Anatomiques***.**

Docteur en Chirurgie-Dentaire
Docteur au Muséum National d'Histoire Naturelle en Anthropologie Biologique

Monsieur le Professeur Colard, vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie. Je tiens à vous remercier également pour la qualité de vos enseignements durant mon cursus universitaire et votre disponibilité à mon égard. Veuillez trouver, dans ce manuscrit, le témoignage de mon profond respect et de ma grande estime.

Madame le Docteur Caroline DELFOSSE

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier des CSERD
Section Développement, Croissance et Prévention
Département Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie-Dentaire
Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)
Diplôme d'Etudes Approfondies Génie Biologie & Médical-option Biomatériaux
Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales
Diplôme d'Université « Sédation consciente pour les soins bucco-dentaires » (Strasbourg I)

Responsable du Département d'Odontologie Pédiatrique

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de suite la direction de ma thèse et je vous en remercie du fond du cœur. Toujours à l'écoute et disponible, vous avez toujours trouvé les mots pour me rassurer et me guider dans le travail. Merci pour ces années où vous m'avez permise de travailler à vos côtés, j'ai pu apprécier vos qualités humaines et professionnelles. Les moments passés ensemble ont été très formateurs, vous avez été de par votre rigueur et votre passion pour votre métier, un modèle à suivre pour la suite de ma carrière. Je suis fière de pouvoir vous présenter ce travail qui, je l'espère, sera à la hauteur de vos espérances. Veuillez trouver dans ces mots l'expression de ma plus profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier des CSERD
Section Développement, Croissance et Prévention
Département Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie-Dentaire
Docteur en Ethique et Droit Médical de l'Université Paris Descartes (Paris V)
Certificat d'Etudes Supérieures de Pédodontie et Prévention-Paris Descartes (Paris V)
Diplôme d'Université « Soins Dentaires sous Sédation » (Aix-Marseille II)
Master 2 Ethique Médicale et Bioéthique Paris Descartes (Paris V)

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

Vous avez accepté de siéger dans ce jury et je vous en remercie. Vous avez su me donner des conseils avisés pour ma pratique clinique en pédodontie de par votre grande expérience, ce qui m'a aidé lors de mes premiers pas dans cette discipline. Très accueillant et chaleureux, j'ai passé de très bons moments en votre compagnie notamment lors des séances de monitorat en odontologie pédiatrique. Merci pour votre bonne humeur en toutes circonstances. Veuillez trouver dans ces mots l'expression de mon respect le plus sincère.

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier des CSERD
Section Développement, Croissance et Prévention
Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale

Docteur en Chirurgie-Dentaire
Docteur en Odontologie de l'Université d'Auvergne
Master II Recherche « Santé et Population »-Spécialité Evaluation en Santé & Recherche Clinique-Université Claude Bernard (Lyon I)
Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales (Lille 2)
Formation à la sédation consciente par administration de MEOPA pour les soins dentaires (Clermont-Ferrand)
Formation certifiante « concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient » (CERFEP Lille)

Responsable du Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé et Odontologie Légale
Coordinateur inter-régional du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Bucco-Dentaire

Vous avez accepté de siéger dans ce jury de thèse depuis le début et je vous en remercie. Grâce à l'équipe d'odontologie pédiatrique j'ai appris à vous connaitre, à l'écoute de vos étudiants vous maitrisez parfaitement l'art de la pédagogie. J'ai pu également, pendant toutes mes années d'études, apprécier la rigueur et la qualité de vos enseignements. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon plus profond respect.

Table des matières

Introduction 1
1 Patientes et idées reçues : trop de questions sans réponse 2
1.1 Les bienfaits et conséquences de l'allaitement maternel selon les mamans, internet et différents organismes 2
1.1.1 Les bienfaits de l'allaitement selon les mamans 2
1.1.2 Les conséquences de l'allaitement selon les mamans 5
1.1.3 La durée de l'allaitement selon les mamans 8
1.2 Les visites chez le dentiste selon les mamans 15
1.2.1 Attentes et aprioris des mamans sur les chirurgiens-dentistes 15
1.2.2 Motifs et fréquence de consultation des mères allaitantes chez le chirurgien-dentiste 17
1.3 Le sevrage selon les mamans 20
2 Connaissances des chirurgiens-dentistes en matière d'allaitement maternel 24
2.1 Les bienfaits et conséquences de l'allaitement maternel selon les chirurgiens-dentistes 24
2.1.1 Les bienfaits de l'allaitement maternel en odontologie 24
2.1.1.1 Le développement maxillo-facial 24
2.1.1.2 Rôle protecteur du lait maternel 28
2.1.2 Les conséquences de l'allaitement maternel sur les dents des jeunes enfants 30
2.1.3 La santé bucco-dentaire des mères allaitantes et de leurs nourrissons. 35
2.1.3.1 L'hygiène bucco-dentaire des mamans 35
2.1.3.2 L'hygiène bucco-dentaire des enfants allaités. 38
2.2 Les visites chez le dentiste : soins et prescriptions 41
2.2.1 Les soins chez les patientes allaitantes 41
2.2.2 Les prescriptions chez les patientes allaitantes 46
2.2.2.1 Evaluation des risques 46
2.2.2.2 Choix du médicament 50
2.2.2.3 Conseils sur les prescriptions chez la femme allaitante 53
2.3 Allaitement et sevrage : comment le chirurgien-dentiste évoque-t-il le sujet ? 63
3 Relations patientes-praticiens de santé nécessaires pour un bon accompagnement lors de l'allaitement 66
3.1 Accompagner les mamans allaitantes, conseils pour leur santé bucco-dentaire et celle du nourrisson 66
3.1.1 Conseils des chirurgiens-dentistes 66
3.1.2 Conseils des pédiatres, sages-femmes et associations 69
3.1.2.1 Rôle des pédiatres 69
3.1.2.2 Rôle des sages-femmes 74
3.1.2.3 Rôle des associations 77
3.2 Education des chirurgiens-dentistes sur l'allaitement maternel 83
3.2.1 La prévention : rôle princeps du chirurgien-dentiste 83
3.2.2 Formation des chirurgiens-dentistes 87
3.3 Question éthique : quelle place occupe le chirurgien-dentiste dans l'allaitement maternel ? 90
3.3.1 Ethique, allaitement et chirurgie-dentaire 90

3.3.2 La place des chirurgiens-dentistes dans l'allaitement maternel 92
Conclusion 93
Références bibliographiques 95
Table des tableaux 104
Table des figures 105

Introduction

L'allaitement maternel est le mode d'alimentation du nourrisson. Les dernières données recensent 66% de femmes allaitant en France (1). C'est un sujet très controversé dans notre pays. Même si les organismes de santé, les diverses associations et les professionnels de santé tels que les sages-femmes et pédiatres recommandent de nourrir les enfants au sein plutôt qu'au biberon, certaines mères sont réticentes à ce mode d'alimentation.

En odontologie, ce sujet est peu évoqué et suscite beaucoup d'interrogations. En effet, les idées reçues sont nombreuses côté patientes et praticiens quant aux soins pendant la période d'allaitement ou quant à la durée de celui-ci. Il parait évident que ces interrogations doivent trouver des réponses pour éviter l'installation de ces idées reçues et cesser leur poursuite dans les esprits.

On peut donc se demander : quelles sont les idées reçues des mères allaitantes sur les soins dentaires et quelles sont les connaissances des chirurgiens-dentistes sur l'allaitement maternel ? Ce travail est réalisé dans le but de trouver si des stratégies existent et si elles sont mises en place pour contrer les idées reçues concernant l'allaitement maternel en odontologie.

Dans un premier temps, les idées reçues des patientes sur les soins dentaires et leur allaitement seront évoquées. Les connaissances des chirurgiens-dentistes en matière d'allaitement maternel seront ensuite exposées pour tenter, dans une troisième partie, de prouver que les relations entre différents professionnels de santé présents autour des mamans allaitantes sont indispensables pour une bonne compréhension et un bon accompagnement de l'allaitement maternel.

1 Patientes et idées reçues : trop de questions sans réponse

Les patientes ont de nombreuses idées reçues sur l'allaitement maternel. Elles se posent beaucoup de questions quant aux avantages et inconvénients de l'allaitement, à la durée idéale d'allaitement, aux soins prodigués chez le chirurgien-dentiste, ou encore à la période adaptée de sevrage. Ces patientes ne trouvent généralement pas de réponses auprès des chirurgiens-dentistes et se tournent naturellement vers d'autres professionnels de santé et associations comme la Leche League. Beaucoup de ces femmes allaitantes se renseignent sur les sites ou forums internet, cherchant réconfort et conseils auprès d'autres mamans ayant les mêmes questions.

1.1 Les bienfaits et conséquences de l'allaitement maternel selon les mamans, internet et différents organismes

1.1.1 Les bienfaits de l'allaitement selon les mamans

Les bienfaits de l'allaitement sont nombreux, aussi bien pour le nourrisson que pour la mère.

Mais les principaux avantages de l'allaitement maternel avancés par les mamans concernent surtout les bienfaits pour leurs nourrissons.
Les bénéfices du lait maternel sont nombreux. Le lait maternel est considéré par les experts en allaitement et l'Organisme Mondiale de la Santé (OMS) comme le meilleur aliment pour le développement et la croissance du nourrisson. Via sa composition riche en protéines, glucides, minéraux, facteurs de croissance et cellules immunocompétentes, le lait maternel favorise une meilleure digestion chez l'enfant, il prévient l'obésité, les infections digestives, ORL et respiratoires, les allergies et protège le nourrisson grâce aux anticorps maternels qu'il contient. Ces avantages sont observés après minimum 3 mois d'allaitement maternel exclusif (2).

Une revue de littérature publiée en 2016 dans la Revue Sage-femme, détaille quelques avantages de l'allaitement maternel pour le nouveau-né (3). Sur le plan psychologique, un allaitement exclusif et prolongé favorise le développement cognitif de l'enfant. Concernant le rôle préventif de l'allaitement dans les allergies, la diminution du risque semble plutôt liée à une diversification alimentaire précoce plutôt qu'à un allaitement exclusif et prolongé. Il n'existe pas de preuves liant allaitement maternel et diminution de l'asthme.

Dans un article publié en 2010 dans la revue française d'allergologie, des doutes étaient déjà émis sur la protection des nourrissons allaités contre les allergies (4). De nombreuses études (5) (6) (7), y compris des études de cohorte réalisées sur des milliers d'enfants (8) (9), concluent en l'absence d'effet préventif de l'allaitement sur les allergies.

Les bénéfices à long terme de l'allaitement maternel sur la prévention des allergies n'est pas une notion acquise, les mères atopiques souhaitant allaiter doivent en être informées.

En terme de prévention de ces maladies (obésité, infections ORL, digestives et respiratoires), à plus ou moins long terme il convient de recommander aux mères allaitantes un allaitement exclusif et prolongé, au-delà de 3 mois (3).

Les principaux avantages évoqués côté maman, concernent en première intention la perte de poids. Une femme allaitant pendant 6 mois perdra plus rapidement le poids pris au cours de la grossesse que celles n'allaitant pas (2) (3). L'allaitement maternel réduirait le risque de dépression post-partum cependant l'allaitement ne doit pas être considéré comme un élément préventif, les niveaux de preuves sont trop insuffisants pour établir un lien certain. L'allaitement maternel prolongé protège contre les cancers du sein. Un article publié en 2005 dans la revue gynécologie, obstétrie et fertilité, précise que l'allaitement maternel prolongé réduit le risque de cancer invasif du sein même chez les patientes porteuses de la mutation génétique responsable de ce cancer (10).

Dans la littérature scientifique, les bienfaits de l'allaitement sur la santé générale du nourrisson et des mères sont bien ancrés auprès des professionnels de santé tels que les pédiatres et sages-femmes. Cependant, les avantages de

l'allaitement en matière de développement maxillo-facial ne sont jamais évoqués dans ces articles.

Les avantages de l'allaitement maternel sont-ils aussi bien connus par les mamans ? Voici quelques exemples des réflexions retrouvées sur les sites internet :

- Sur le site (http://naitreetgrandir.com/fr/etape/012mois/alimentation/fichenaitre-grandir-allaitement-maternel-avantage) :
  « Les bienfaits de l'allaitement maternel pour la santé du bébé sont : une diminution du risque d'infections digestives et respiratoires, des allergies et du risque d'obésité ainsi qu'une amélioration des résultats dans les tests d'intelligence. Les avantages concernant la mère en période d'allaitement sont la perte rapide de poids et la diminution du risque de cancer du sein. »

- Sur le site (http://www.doctissimo.fr/html/nutrition/enfantsado/allait/avantages) :
  « Les enfants allaités sont plus résistants aux infections digestives et respiratoires. Le lait maternel est protecteur contre les allergies notamment dans les familles atopiques, contre les caries, les malocclusions. L'allaitement maternel renforce le lien psychoaffectif de l'enfant. »

- Sur le site (http://www.parents.fr/bebe/allaitement/les-bienfaits-de-lallaitement) :
  « L'allaitement maternel procure des avantages en matière de protection contre les infections digestives et respiratoires pour le nouveau-né et les cancers du sein chez les mères. Il est bénéfique pour le développement du cerveau du nourrisson, il prévient le développement de l'hyperactivité. Le développement psychomoteur sera également amélioré avec un allaitement maternel exclusif et prolongé. »

- Sur le site (https://www.lesalonbaby.com/article_allaitement_avantages_et_inconvenients) :
  « L'allaitement protège contre les infection respiratoires graves, ORL, digestives. Il prévient les risques d'obésité et diminue le risque de diabète. Chez les mamans, l'allaitement prévient du risque de cancer des ovaires et favorise un apaisement réduisant le risque de survenue de dépression en post-partum. »

Ainsi, on peut voir que les informations concernant les avantages de l'allaitement maternel, trouvées sur les sites internet régulièrement consultés par les mamans, correspondent sensiblement aux données scientifiques. Ces informations évoquent beaucoup plus l'aspect psychologique de l'allaitement maternel dans le renforcement du lien mère-enfant que les articles scientifiques.

1.1.2 Les conséquences de l'allaitement selon les mamans

Les conséquences de l'allaitement maternel sont souvent évoquées côté mamans sous l'appellation « complications », « difficultés » ou « inconvénients ».

Dans une étude réalisée en 2007, deux groupes de mères primipares sont comparées ; un groupe comprenant 126 femmes françaises et un autre composé de 80 femmes allemandes. Le but était de mettre en évidence les raisons pour lesquelles les mères allaitent dans les deux pays car il existe une forte disparité dans les taux d'initiation d'allaitement. Les résultats ont montré que les deux groupes de mères allaitaient pour des raisons différentes. Les mères allemandes accordent beaucoup plus d'importance à la psychologie, la physiologie de l'allaitement et les avantages pour leur santé que les mères françaises. Les femmes allemandes accordent moins d'intérêt que les femmes françaises aux interdits pendant l'allaitement (tabac, alcool et médicaments), aux effets de l'allaitement sur le couple, aux avantages du biberon dans la relation père-enfant et aux inconvénients de l'allaitement pour la mère. Il a été jugé que les mères françaises non allaitantes avaient des idées reçues et des représentations non fondées sur l'allaitement. Elles accordent beaucoup d'importance aux désagréments provoqués par l'allaitement sur leur couple, aux inconvénients induits sur leur santé (fatigue et douleurs) et minimisent les avantages physiologiques de l'allaitement pour leurs nourrissons. Ainsi, pour les femmes françaises, l'allaitement peut paraitre contraignant et rigide même si elles connaissent les bienfaits de l'allaitement pour leurs nourrissons, elles négligent souvent les bienfaits pour elle-même au dépens des inconvénients (11).

Les inconvénients de l'allaitement retrouvés dans la littérature scientifique font référence aux complications de l'allaitement chez les mamans telles que les engorgements, mastites, abcès ou crevasses (12).

Ces inconvénients cités dans la littérature sont-ils connus des mamans souhaitant allaiter? Pour cela, voici quelques réflexions trouvées sur des sites et forums internet :

- Sur le site (https://www.lesalonbaby.com/article-allaitement-avantages-et-inconvenients) :
  « Les inconvénients d'un allaitement peuvent être nombreux : disponibilité permanente pour l'enfant, apparition de complications chez la maman telles que les crevasses. »

- Sur le site (http://www.e-sante.fr/allaitement-avantages-inconvenients-parlons-vrai/actualite) :
  « Les difficultés évoquées pendant l'allaitement maternel sont : des douleurs mammaires, la fatigue et la culpabilité maternelle quand l'allaitement se passe mal, la prise de poids trop lente du nourrisson, les conseils contradictoires de l'entourage.»

- Sur le forum (http://grossesse.aufeminin.com/forum/les-inconvenients-de-l-allaitement-car-personne-n-en-parle) :
  « Une mère évoque les inconvénients de l'allaitement maternel entendus par l'entourage, l'allaitement maternel rime avec fatigue, crevasse, pudeur exprimée, régime alimentaire maternel à poursuivre en post-partum, manque d'implication des pères, sevrage difficile. »

- Sur le site (http://lemondemerveilleuxdesbebes.over-blog.com/article-10-inconvenients-de-l-allaitement-maternel) :
  « 10 inconvénients ou plutôt difficultés liés à l'allaitement maternel : fatigue extrême, engorgement, mastite, crevasses, lymphangite, gêne pour allaiter en public et pour l'écoulement permanent de lait, la fréquence des tétées, la pression médicale et/ou de l'entourage pour allaiter ou non, la difficulté de mise en place de l'allaitement. »

Les inconvénients liés à l'allaitement maternel sont plus longuement évoqués et détaillés sur les sites internet que dans la littérature scientifique. Est-ce que les sites internet insistent trop sur ces inconvénients ou est-ce une façon, pour les scientifiques, de promouvoir l'allaitement en minimisant les inconvénients? On peut remarquer l'absence de précisions sur les conséquences de l'allaitement en odontologie lorsque les recherches ne sont pas approfondies dans ce domaine. Les mères n'ont pas connaissance de ces possibles conséquences. Elles ne sont pas non plus évoquées sur les sites internet, preuve que le sujet est méconnu. En effet, seules les conséquences et inconvénients de l'allaitement sur leur santé sont évoqués.

1.1.3 La durée de l'allaitement selon les mamans

Les recommandations concernant la durée optimale d'allaitement exclusif sont généralement celles dictées par l'OMS depuis 2001. Elles préconisent un allaitement maternel exclusif pendant 6 mois minimum(13).

Une revue de littérature réalisée et publiée en 2016 dans la Revue Sage-femme précise qu'en France, la durée médiane d'allaitement exclusif est de 15 semaines (3). 3 mois après l'accouchement, seul un tiers des enfants allaités à la naissance le sont encore. Même si la durée d'allaitement a doublé sur 20 ans, la France reste l'un des pays à haut niveau de ressources ayant le plus faible taux d'initiation d'allaitement maternel exclusif. Cet article fut édité dans le but d'augmenter cette durée d'allaitement exclusif afin d'atteindre la durée recommandée par les professionnels de santé de l'OMS et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).

Des informations divergentes, sur la durée optimale d'allaitement exclusif ont été décrites :

- La société européenne de gastro-entérologie, hépatologie et nutrition pédiatrique recommande un allaitement exclusif de 4 mois afin de débuter la diversification alimentaire dès cette période, optimale selon eux (2).
- L'Académie Américaine de Pédiatrie affirmait en 2012 qu'un allaitement exclusif de 6 mois était recommandé pour le bien-être de l'enfant poursuivi d'un allaitement partiel au cours de la diversification alimentaire. Cependant, le Comité de Nutrition de cette Académie Américaine prônait en 2008 une diversification alimentaire entre 4 et 6 mois (2).

Une revue de littérature visant à montrer les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de 3 mois, parue en 2009 dans le journal de pédiatrie et puériculture, précise que l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) recommande un allaitement exclusif pendant 6 mois (14). L'introduction d'une alimentation complémentaire entre 4 et 6 mois n'apporterait selon cette revue, aucun bénéfice particulier à l'enfant.

On peut donc conclure qu'un allaitement exclusif de 4 mois minimum est recommandé pour le bon développement de l'enfant. La diversification alimentaire peut être initiée dès le 4ème mois tout en poursuivant un allaitement partiel jusqu'au 6ème mois de l'enfant.

Une étude réalisée en 2003 portant sur la situation de l'allaitement maternel exclusif et partiel en France, a été réalisée sur un échantillon de 14 580 naissances (15). Elle dénombrait 56,3% de femmes allaitant exclusivement au sein et 6,3% allaitant de façon partielle. Le but était de mettre en évidence les facteurs expliquant un tel écart entre allaitement exclusif et partiel. Les résultats ont montré une forte disparité dans les pratiques d'allaitement.

La fréquence d'allaitement exclusif chez les femmes ayant moins de 25 ans, primipares, mariées et ayant un emploi est plus importante par rapport aux femmes multipares et/ou seules.

L'allaitement partiel sera au contraire plus important chez les enfants nés après césariennes et/ou de faible poids à la naissance.

Les disparités observées entre allaitement maternel exclusif et partiel varient également selon la classe sociale. Les femmes de classe sociale plutôt élevée allaitent plus de façon exclusive car elles se sont mieux informées des bénéfices de l'allaitement et des moyens pour surmonter les difficultés de celui-ci.

La nationalité des mères est prise en compte dans la disparité allaitement exclusif/allaitement partiel. Les femmes d'origine étrangère allaitent plus de façon partielle que les femmes françaises, de par diverses croyances (effet négatif du colostrum pour l'enfant, effet favorable de certains aliments avant l'allaitement maternel).

Enfin, la région où les femmes accouchent et la taille de la maternité influent sur le type d'allaitement. L'allaitement partiel est plus fréquent dans les Centres Hospitalo-Universitaires, l'allaitement exclusif est plus important dans les « Hôpitaux amis des bébés », ainsi que dans les grandes maternités (plus de 1500 naissances par an).

Le programme « hôpital ami des bébés » est décerné aux maternités respectant 10 recommandations en faveur de la promotion de l'allaitement :

- affichage de l'engagement du service,
- la formation des professionnels,
- l'information des parents,
- le contact peau à peau précoce,
- une proximité mère-enfant 24h/24,
- un accompagnement dès le séjour à la maternité pour les mamans souhaitant allaiter,
- respect de la volonté des mamans ne souhaitant pas allaiter,
- continuité des soins lors du retour du couple mère/enfant à la maison,
- encourager l'allaitement à la demande,
- ne donner aucune autre source alimentaire liquide ou solide pendant la période d'allaitement sauf si indications médicales (cf paragraphe 3.1.2.3)

Dans la revue de littérature de 2009, les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de 3 mois sont des facteurs liés à la mère, à l'enfant (état de santé et type d'accouchement), à l'entourage, au système de santé et aux politiques de santé (14). Un tableau résumant les facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel a été rédigé dans cette revue (tableau 1).

Tableau 1 : Résumé des facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel (14)**.**

Association positive	Association négative
Facteurs liés à la mère	
Etre plus âgée, mariée, primipare, d'un niveau de scolarité supérieur, socio économiquement plus favorisée	Etre plus jeune, seule, de plus faible statut socioéconomique, récemment immigrée, avoir déménagé en raison de la naissance du bébé
Avoir été allaitée, avoir vu allaiter, expérience passée positive de l'allaitement	Expérience passée négative de l'allaitement
Grossesse planifiée, désir et intention prénatale d'allaiter, décision précoce, perception de facilité	Ambivalence ou non désir d'allaiter, décision tardive
Participation à des cours de préparation à la naissance	Manque d'informations sur la durée optimale
Bonnes connaissances	Perception d'une insuffisance de lait, incertitude concernant la quantité de lait prise
Confiance en soi, sentiment d'auto-efficacité	Peu de confiance en soi, gêne d'allaiter en public, dépression postnatale
Absence de difficultés d'allaitement	Expérience initiale négative, difficultés d'allaitement
Cohabitation mère/bébé 24h/24 à la maternité	Tétine précoce au bébé
	Obésité, tabagisme
	Emploi de la mère (>20h/semaine)
Facteurs liés au bébé et à son état de santé	
Technique de succion correcte	Faible prise de poids du bébé
	Problème de succion
Facteurs liés à l'entourage	
Soutien émotionnel de l'entourage	Absence de soutien du partenaire, perception négative de l'allaitement de la part du père
Soutien du partenaire, partenaire favorable à l'allaitement	
Soutien téléphonique des paires	
Facteurs liés au système de santé	
Mise au sein précoce, allaitement fréquent, à la demande	Mise au sein différée, allaitement à horaires fixes
Soutien des professionnels de santé formés	Recours aux compléments en maternité
	Distribution d'échantillons de lait artificiel à la maternité
	Méconnaissances et manque de soutien des professionnels
	Recommandation de compléments
Facteurs liés aux politiques de santé	
Accès à un congé de maternité rémunéré prolongé	Congé de maternité court et peu rémunéré
Initiative « Hôpital ami des bébés »	

Enfin une étude publiée en 2015 dans le Journal de Pédiatrie et de puériculture, comprenait 33 pères primipares divisés en deux groupes, un groupe où l'enfant était allaité pendant 2 mois et un autre groupe où le nourrisson était nourri minimum pendant 6 mois (16). Les résultats montrent que les pères dont les enfants allaités 6 mois considèrent l'allaitement comme bénéfique pour la santé de leur enfant. Au contraire, les pères dont les enfants n'ont été allaités que 2 mois considèrent l'allaitement comme trop envahissant dans la triade père-mère-enfant. Par conséquent les attitudes et le soutien des pères jouent un rôle fondamental dans la durée de l'allaitement maternel.

On peut remarquer que des facteurs communs sont évoqués dans l'étude de 2003 et la revue de 2009, tels que l'âge des mères, leur niveau social et connaissances, la primiparité et le type de maternité dans lequel se déroule l'accouchement. Dans la revue de littérature, certains facteurs sont plus détaillés notamment ceux liés à l'entourage (conseils des paires et pères), aux systèmes de santé (pratiques hospitalières et soutien des professionnels différents selon les régions) et politiques de santé (congé maternité). Ces facteurs sont d'une grande importance dans le choix de la durée d'allaitement par les mamans.

Des années 2000 à aujourd'hui (3), les facteurs sociologiques, psychologiques, démographiques et politiques influençant la durée d'allaitement sont les mêmes. La connaissance de ces facteurs permet d'identifier les problèmes liés au risque de sevrage précoce chez les futures mères, de renforcer le rôle des pères, d'informer et de former les professionnels de santé et de prendre des mesures politiques adaptées pour la gestion notamment de la reprise du travail tout en continuant à allaiter (14).

Il existe de nombreux sites et forums internet dédiés aux mamans sur lesquels, on peut trouver des informations sur cette durée d'allaitement, par exemple :

- Sur le site parents.fr (www.parents.fr › Bébé › Allaitement) :
  Une consultante en lactation précise que : « le choix de la durée d'allaitement maternel ne dépend que des convictions personnelles des parents et qu'un allaitement tardif (au-delà de 6 mois) ne sera jamais nocif pour un enfant si les parents l'ont ainsi décidé. »

- Sur le site de la Leche league France (https://www.lllfrance.org/1371-duree-optimle-alimentation-au-sein-oms) :
  Selon un texte de 2001 publié par l'OMS, la consultation d'experts conclut que : « l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois procure des avantages (diminution de la mortalité, morbidité) et des inconvénients (carence en fer et micronutriments) pour l'enfant. »

- Sur le site huffingtonpost (http://www.huffingtonpost.fr/2015/09/22/duree-allaitement-bebes-france-trop-courte) :
  « La durée d'allaitement maternel en France est trop courte par rapport aux recommandations. En effet la durée médiane en France est de 17 semaines environ alors que les recommandations du Programme National Nutrition Santé (PNNS) et de l'OMS indiquent une durée d'allaitement maternel de 6 mois. Ce site précise que les femmes de moins de 30 ans, vivant seules et ayant un faible niveau d'études cesseront plus rapidement d'allaiter leur enfant que celles étant dans une catégorie socio-professionnelle plus élevée. »

- Sur le site (https://www.bebesetmamans.com/bebes/alimentation/allaitement-de-bebe/351-allaitement-jusqu-a-six-mois) :
  Le site précise que : « L'OMS recommande une durée d'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois. Les pédiatres préconisent une durée d'allaitement maternel de 2 ans avec une alimentation complémentaire au-delà de 6 mois car le lait maternel suffit à lui seul à nourrir l'enfant pendant 6 mois. »

- Sur le site (http://www.magicmaman.com/,allaitement-prolonge-c-est-bon-pour-les-bebes) :
  Le site précise que : « En France, il est d'usage de voir des mamans allaiter jusqu'à 4 ou 5 mois mais pas au-delà. La notion d'allaitement « prolongé » en France correspond à un allaitement « normal » dans les pays Nordiques. Un enfant allaité jusqu'à 1 voire 2 ans ne présente aucun risque. »

- Sur le site (http://tim-petit-d-homme.over-blog.com/article-les-facteurs-qui-influencent-la-decision-d-allaiter-et-la-duree-de-l-allaitement) :
  « La reprise du travail des mères allaitantes, le court séjour en maternité favorisent un arrêt précoce de l'allaitement maternel. Le nombre d'enfants dans la fratrie en croissance favorise un allaitement plus long ; une mère allaite plus longtemps un deuxième ou troisième enfant grâce à un congé parental plus long. »

On peut donc conclure que les recommandations de l'OMS concernant la durée d'allaitement maternel sont les plus connues du grand public et les plus préconisées par les médecins, sages-femmes et consultantes en lactation. Les facteurs influençant la durée d'allaitement retrouvés dans les articles scientifiques et sur les sites internet sont identiques : la psychologie de la mère, le soutien de l'entourage, le lieu où les mamans accouchent et les politiques de santé concernant la reprise du travail, la longueur du congé maternité ou parental.

1.2 Les visites chez le dentiste selon les mamans

1.2.1 Attentes et aprioris des mamans sur les chirurgiens-dentistes

Les mamans allaitantes ont beaucoup d'idées reçues et d'aprioris sur les chirurgiens-dentistes. En effet, soucieuses du bien-être de leurs enfants, elles n'accordent que très peu de confiance à ces professionnels. La principale préoccupation des mamans allaitantes au cours des consultations concerne la poursuite de l'allaitement pendant les périodes de soins dentaires.

Dans un article publié en 2012, sur le site de la Leche League, une femme chirurgien-dentiste et consultante en lactation précise que beaucoup de témoignages de femmes allaitantes indiquent les problèmes liés à la réalisation de soins dentaires et les conséquences engendrées sur les dents temporaires de leurs nourrissons, évoqués par les chirurgiens-dentistes (17).
L'idée reçue « un bébé, une dent » est encore bien ancrée dans l'esprit des mamans. Une mère se découvrant une lésion carieuse après la grossesse pense que celle-ci est due à la grossesse et/ou au fait qu'allaiter puise dans ses réserves de nutriments. Cette consultante en lactation indique que beaucoup de chirurgiens-dentistes préconisent un arrêt total de l'allaitement si des soins nécessitent une anesthésie, la pose ou la dépose d'amalgame ou la prescription de médicaments. Beaucoup de chirurgiens-dentistes sont, selon elle, trop indifférents aux conséquences que pourraient engendrer ce sevrage trop brutal chez les mères et leurs enfants.
Les chirurgiens-dentistes associent la présence de lésions carieuses chez l'enfant à un allaitement prolongé et à la demande, considérant ce dernier comme étant du grignotage. Ils n'hésitent pas à rappeler à ces mères les méfaits des tétées nocturnes, ou de l'endormissement de l'enfant au sein.

Dans un article du nouveau numéro d'*Allaiter aujourd'hui*, écrit par une membre de la Leche League, les témoignages des femmes allaitantes envers les chirurgiens-dentistes démontrent que ce sont des professionnels de santé sans formation sur ce sujet. En effet, les chirurgiens-dentistes poussent au sevrage temporaire et/ou définitif dès que des soins sont à réaliser chez les patientes, ou des médicaments

sont à prescrire. L'article précise aussi que les chirurgiens-dentistes associent les lésions carieuses visibles chez les tout-petits avec l'allaitement incitant les mères à cesser cette pratique immédiatement (18).

Voici des exemples de témoignages trouvés sur des sites ou forums internet :

- Sur le forum (http://bebes.aufeminin.com/forum/anesthesie-dentaire-et-allaitement) :
  Une maman déclare : « Je dois me faire dévitaliser une dent prochainement, j'ai congelé mon lait pour ne pas allaiter étant donné la nécessité d'anesthésie locale. Je n'accorde pas ma confiance aux dentistes, encore moins aux professionnels n'ayant aucune connaissance en matière d'allaitement. »
  Une autre rétorque : « J'ai eu le même problème dentaire, mon dentiste m'a dit qu'il ne pouvait rien faire pendant l'allaitement. »
  Enfin une troisième répond : « Mon dentiste m'a fait 3 anesthésies en 2 semaines et m'a assuré l'innocuité du produit sur la santé de mon enfant, la dentiste ayant elle-même allaité, je lui ai fait confiance. Cependant il est préférable d'appeler la Leche League pour être au courant des dernières recommandations en matière d'allaitement. »

- Sur le forum (http://forum.magicmaman.com/magic/0-3ans/allaitement-biberon-nourrisson/allaitement-dentiste-sujet) :
  Une première maman indique : « Mon dentiste m'a demandé de prévoir des biberons pour les jours où les soins sont réalisés car les produits anesthésiques passent dans le lait. »
  Une autre maman déclare : « Ton dentiste est un professionnel dangereux pour l'allaitement car il existe des produits compatibles. Ton dentiste a préféré préconiser un sevrage pour se couvrir, c'est une honte, mais ils sont si nombreux dans ce cas. »

- Sur le site (http://forum.doctissimo.fr/grossesse-bebe/allaitement/anesthesie-dentaire-allaitement-sujet) :
  Une maman déclare : « Mon dentiste m'a dévitalisé une dent et m'a interdit d'allaiter pendant 48h, il hésitait également à me prescrire des antalgiques. Je lui ai parlé du CRAT, il ne connaissait pas, encore un professionnel converti à l'allaitement. »

- Sur le forum (https://www.babycenter.fr/anesthesie-dentaire-et-allaitement) :
  Une mère précise : « Je crois que ton dentiste n'y connait rien, il n'imagine pas ce que cela implique d'arrêter l'allaitement pendant 2 jours. Plus facile de compliquer la vie de ses patientes que de se renseigner. »

On peut ainsi constater au travers de ces quelques témoignages, le manque de confiance des mères allaitantes envers les chirurgiens-dentistes. Ces professionnels sont trop peu nombreux selon elles, à maitriser le sujet de l'allaitement. En effet, elles se retrouvent trop fréquemment confrontées à la demande d'un sevrage imposé en cas de soins dentaires. De plus, la référence en matière d'allaitement est la Leche League pour un nombre important de jeunes mères allaitantes. Or, on peut lire dans ces articles que les chirurgiens-dentistes sont inexpérimentés dans ce domaine, ce qui n'encourage pas les mères à faire confiance à ces professionnels.

1.2.2 Motifs et fréquence de consultation des mères allaitantes chez le chirurgien-dentiste

La fréquentation des mères allaitantes dans les cabinets dentaires est plutôt faible. Par peur ou manque de confiance envers les chirurgiens-dentistes, les mères allaitantes préfèrent repousser les soins après sevrage de leurs enfants. Généralement, elles consultent pour des douleurs dentaires ou perte de restaurations.

Une enquête menée auprès de 386 femmes enceintes de plus de 6 mois a été réalisée en 2015 dans un mémoire sage-femme, le but était d'évaluer les connaissances, les habitudes d'hygiène orale et la fréquence de consultation des femmes enceintes chez le chirurgien-dentiste (19).
Les résultats ont montré que 70% des femmes interrogées avaient un chirurgien-dentiste traitant. 14% d'entre elles le consultent très fréquemment (tous les 6 mois), 56% régulièrement (une fois par an), 23% de temps en temps (tous les 2 à 5 ans) et 4% très rarement (tous les 5 à 10 ans).
Les connaissances de la population sur les modifications bucco-dentaires liées à la grossesse ont été évaluées. Chez les femmes enceintes interrogées, 60% pensent

que la grossesse entraine des modifications bucco-dentaires. L'hypothèse selon laquelle les femmes enceintes n'ont pas conscience des impacts de la santé bucco-dentaire sur leur grossesse est donc invalidée dans cette enquête. En effet, ce panel de population pense qu'une infection dentaire, des douleurs et le stress engendré nuit au bon déroulement de la grossesse.
Ensuite, 70% de la population étudiée pense que les soins dentaires ne sont pas nuisibles à la santé de l'enfant. Ainsi la seconde hypothèse selon laquelle les futures mères pensent que les soins bucco-dentaires sont contre-indiqués pendant la grossesse, est aussi invalidée.
Enfin, 33% des femmes enceintes interrogées ont consulté un chirurgien-dentiste pendant leur grossesse, 49% pour un bilan bucco-dentaire, 37% pour un détartrage, 34% pour des soins, 20% pour une consultation d'information, de prévention et 18% pour une douleur.

Cette enquête a été menée sur des femmes enceintes de plus de 6 mois, donc non allaitantes. Une enquête menée auprès de femmes en cours d'allaitement regroupant les mêmes critères pourrait être réalisée afin de comparer les données sur les connaissances et la fréquence de consultation des femmes allaitantes chez le chirurgien-dentiste.

Les motifs de consultation les plus courants trouvés sur les sites ou forum réservés aux mamans sont :

- Sur le forum (http://www.mamanpourlavie.com/forum/sujet/le-dentiste-quand-on-allaite) :
  Une maman écrit : « J'allaite mon fils de 2 mois, j'ai perdu un plombage, puis-je attendre de sevrer mon enfant avant de prendre rendez-vous pour faire le soin? »
  D'autres mamans précisent « qu'elles se sont beaucoup renseignées sur les risques encourus chez le dentiste avant de le consulter. »

- Sur le forum (http://forum.magicmaman.com/magic/0-3ans/allaitement-biberon-nourrisson/allaitement-dentiste-anesthesie-sujet) :
  Une maman déclare « avoir perdu un plombage pendant sa grossesse, elle n'est pas allée consulter pendant sa grossesse, la dent lui fait mal pendant son allaitement et elle se demande si elle consulte de suite ou non car redoute les dires du chirurgien-dentiste quant au devenir de la dent (extraction ou soin). Elle pense reporter le rendez-vous une fois le sevrage commencé mais la dent la fait beaucoup souffrir. »

Via ces quelques témoignages, on peut remarquer que les femmes allaitantes consultent fréquemment pour des douleurs dentaires suite à la perte de restaurations pendant leur grossesse. Ayant des aprioris, elles n'ont pas osé consulter de chirurgien-dentiste au cours de leur grossesse et hésitent encore à le faire après pour ne pas devoir arrêter l'allaitement.

1.3 Le sevrage selon les mamans

Le sevrage est pour beaucoup de mamans allaitantes un sujet difficile à aborder. Elles se posent beaucoup de questions. On peut donc se demander si les chirurgiens-dentistes sont des professionnels de santé aptes à leur répondre.

Comme vu précédemment, les mamans allaitent en moyenne pendant 4 mois environ. On peut se demander pour quelles raisons elles cessent d'allaiter leurs enfants?

Selon une étude transversale, menée en 2015 sur 502 femmes issues de 4 maternités marocaines, la reprise du travail est le premier facteur de sevrage précoce (avant les 6 mois du nourrisson). En effet sur la population étudiée, les femmes ayant une activité professionnelle allaitent en moyenne deux fois moins longtemps que les femmes sans activité professionnelle. L'activité professionnelle a donc un impact négatif sur la durée, la perception et les pratiques d'allaitement. Les conditions de travail sont jugées décourageantes dans 61% des cas (20).

Dans une étude menée en 2012 sur 426 femmes au sein du réseau péri natalité Loire-Nord Ardèche, un quart des femmes de l'échantillon sevraient leurs enfants précocement (deux mois après l'accouchement). 15% des mamans allaitantes ayant pratiqué ce sevrage précoce, évoquent un manque de soutien de la part des professionnels de santé dès leur sortie de la maternité, une contre-indication médicamenteuse et la reprise du travail (21). Dans ces professionnels de santé sont évoqués les pédiatres, sages-femmes, consultantes en lactation et associations mais en aucun cas les chirurgiens-dentistes.

Dans une étude réalisée en 2003 sur 349 femmes souhaitant allaiter pendant deux mois minimum, 28% d'entre elles ont sevré leur enfant précocement (deux mois après l'accouchement) (22). L'un des facteurs de sevrage précoce évoqué est l'usage d'une tétine, phénomène communément appelé en odontologie « habitude de succion non nutritive ». Les équipes soignantes présentes en maternité méconnaissent ce terme et leurs conséquences. Il serait judicieux qu'un chirurgien-dentiste fasse partie des équipes pluridisciplinaires en maternité pour renseigner et conseiller au mieux les jeunes mamans.

Dans une enquête publiée en 2015 et réalisée auprès de 993 couples mères-enfants, le sevrage précoce (avant 6 mois) était associé notamment à l'utilisation de tétines et l'apport d'autres éléments nutritifs autre que le lait maternel durant la période d'allaitement. Les résultats de cette étude montrent que l'observance de l'équipe soignante concernant quatre pratiques recommandées par l'initiative hôpital Ami des bébés (IHAB) diminue le risque de sevrage précoce. Ces quatre pratiques sont : la tétée précoce, le peau à peau précoce, l'éviction des tétines et l'exclusion d'autres apports que le lait maternel (23). Si les chirurgiens-dentistes étaient intégrés dans ce programme de promotion de l'allaitement (IHAB), ils pourraient expliquer aux parents et soignants les intérêts de l'exclusion des habitudes de succion non nutritives (prise de tétines) pendant la période d'allaitement.

On peut conclure via les résultats de ces différentes études, que les facteurs de sevrage précoce sont associés aux couples parents/enfants, au soutien des professionnels de santé et des types de politiques de santé du pays.

Il est nécessaire que les politiques de santé évoluent en faveur de la reprise du travail corrélée avec la poursuite de l'allaitement avec par exemple la mise à disposition des femmes allaitantes une salle dédiée pour elles. Les mères allaitant sur le lieu de travail seraient plus assidues.

Au Maroc, les femmes allaitantes ont droit d'allaiter une heure par jour sur une durée de 12 mois à compter de la date de reprise du travail.

En France, selon l'article L1225-30 du code du travail, l'allaitement sur le lieu de travail est un droit ; les mères ont le droit d'allaiter une heure par jour, non rémunérée et ce sur une durée de 12 mois à compter de la date de naissance de l'enfant (24).

Les pédiatres et sages-femmes devraient mieux informer les mamans souhaitant poursuivre l'allaitement à la reprise du travail sur les méthodes de conservation du lait (20).

Les médecins prescripteurs y compris les chirurgiens-dentistes doivent être bien renseignés sur les médicaments contre-indiqués avec l'allaitement maternel.

Les chirurgiens-dentistes devraient être intégrés dans les équipes pluri disciplinaires en post-partum. Ils pourraient mieux conseiller les mères sur les bienfaits de l'allaitement maternel pour la croissance de leur enfant, mieux les renseigner sur le moment où il est préférable d'introduire ces habitudes de succion nutritives ou non dans la vie de l'enfant.

Si tous ces facteurs sont réunis, le sevrage précoce devrait diminuer et les recommandations de l'OMS seraient plus respectées en France.

Comment les mamans voient le sevrage? Voici quelques réflexions provenant de sites et forums consultés par les mères autour des questions ; quand, comment et pour quelles raisons faut-il sevrer son enfant? :

- Sur le forum (http://forum.doctissimo.fr/grossesse-bebe/allaitement/quand-arreter-allaiter) :
  « Le moment pour cesser d'allaiter est propre à chaque mère, tout dépend de la capacité psychologique de la mère et de la volonté du bébé à se désintéresser du sein. Certaines mamans allaitant au-delà de 6 mois cessent ce type d'alimentation par peur d'être mordues. D'autres précisent qu'il ne faut pas céder aux diverses pressions de l'entourage et du corps médical et que l'enfant humain est prévu pour boire le lait de sa mère jusqu'à 6 ans. »

- Sur le site (http://www.mpedia.fr/50-combien-temps-allaiter.html) :
  « Une maman d'un enfant âgé de 5 mois demande à un pédiatre jusqu'à quel âge elle peut continuer l'allaitement. Le médecin lui répond que le sevrage débute quand la mère et l'enfant le désirent. Il rappelle les recommandations de l'OMS et préconise la poursuite de l'allaitement avec la reprise du travail. »

- Sur le site (http://www.aufeminin.com/bebe/sevrage-allaitement-conseils-nutritionniste) :
  « Les mamans pensent qu'elles doivent sevrer leur enfant à la première difficulté rencontrée dès le retour de la maternité pour ne pas nuire à la santé de leur enfant et surtout à la reprise du travail car le stress diminue la production de lait. Une nutritionniste précise que les mères doivent sevrer leur enfant par envie et non par obligation. »

- Sur le site (http://naitreetgrandir.com/fr/etape/0-12mois/alimentation/naitre-grandir-bebe-sevrage-allaitement) :

  « Si le sevrage est réalisé avant 9 mois, il doit être graduel pour éviter le risque d'engorgement et de mastite chez la mère et ne pas brusquer l'enfant. Il faut prévoir 4 semaines pour un sevrage complet et en douceur. Après 9 mois, il faut diminuer la fréquence et la durée des tétées et proposer des collations. »

- Selon le site (http://www.magicmaman.com/,arreter-l-allaitement-quelles-sont-les-etapes) :

  « Il faut des conditions idéales pour sevrer un enfant. Plus le sevrage est précoce, plus l'enfant s'adaptera au changement de mode alimentaire. Le sevrage doit être progressif et régulier pour ne pas brusquer la mère et l'enfant. »

2 Connaissances des chirurgiens-dentistes en matière d'allaitement maternel

Les professionnels de santé tels que les chirurgiens-dentistes se sentent généralement peu concernés par l'allaitement maternel. Ils pensent généralement aux complications que peuvent engendrer les soins dentaires chez les femmes allaitantes, ou encore aux méfaits observés sur les jeunes enfants et provoqués selon eux par un allaitement maternel. Or les modes alimentaires de l'enfant et de la jeune maman sont importants à prendre en compte dans la prévention bucco-dentaire qui leur est adaptée.

2.1 Les bienfaits et conséquences de l'allaitement maternel selon les chirurgiens-dentistes

2.1.1 Les bienfaits de l'allaitement maternel en odontologie

2.1.1.1 Le développement maxillo-facial

L'idée selon laquelle l'allaitement maternel permet un développement maxillo-facial harmonieux est bien vraie, et prouvée par de nombreuses études et articles.

Les bienfaits de l'allaitement maternel sont connus notamment sur le plan fonctionnel concernant le développement maxillo-facial. En effet, la tétée au sein demande un effort musculaire plus important au bébé que celle au biberon. Elle permet un développement optimal du visage de l'enfant en modelant le palais, favorisant ainsi un profil harmonieux et une mise en place correcte des dents. Le sein s'adaptant totalement à la morphologie de la bouche du bébé, les structures musculaires et les mécanismes de succion sont plus importants au sein qu'au biberon. L'allaitement permet ainsi une succion et une déglutition correcte de même qu'une ventilation nasale adaptée permettant une croissance harmonieuse des maxillaires et du visage (25).

Les auteurs s'accordent sur le fait que l'allaitement maternel prévient les malocclusions, la préhension du sein favorise une expansion transversale et évite la mise en place d'articulés inversés (26). L'étude la plus représentative à ce sujet est celle de Labbok et Hendershot qui met en évidence, sur une population de 15 000 enfants, une réduction de 44% des malocclusions de type classe II squelettique (rétrognathie mandibulaire) et occlusion inversée (inversion des relations dentaires dans le sens transversale) avec un allaitement au sein (27).

L'allaitement maternel est donc un très bon moyen préventif pour lutter contre les malocclusions(28). L'enfant va devoir dans un premier temps ouvrir la bouche suffisamment pour prendre le sein, puis il va forcer la propulsion de la mandibule pour réussir à téter, enfin l'enfant doit plaquer l'aréole du sein au palais à l'aide de sa langue ce qui favorise la croissance du palais et du maxillaire (25).

L'allaitement maternel limiterait le risque carieux en évitant les malocclusions (29). Il est fréquemment observé que les malocclusions conduisent à des difficultés de brossage chez l'enfant, la plaque dentaire stagnant dans les endroits inaccessibles à la brosse à dent, les caries peuvent alors plus facilement se développer.

En raison du potentiel de croissance maximale durant la première année de vie (figure 1), la mise au sein dès la naissance est idéale.

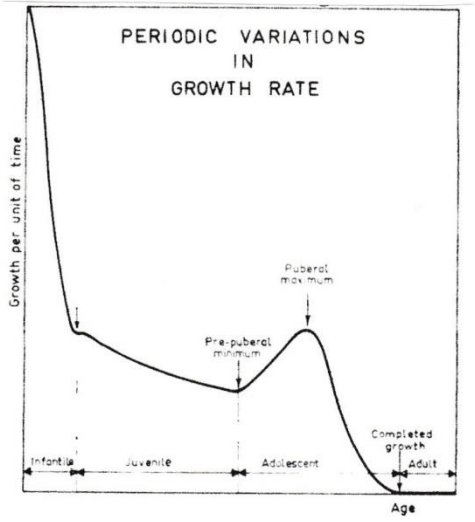

Figure 1: Etude de l'accroissement de la taille annuelle en fonction du temps (30).

L'auteur met en évidence les accélérations et décélérations de la croissance.
Le nourrisson grandit deux fois plus vite au cours des premiers mois de vie extra-utérine (31). Il est judicieux de profiter de cette période de croissance exceptionnelle pour stimuler la croissance mandibulaire avec un allaitement au sein. La stimulation de la croissance mandibulaire est très importante lors de l'allaitement maternel. Le nouveau-né est rétrognathe et détenteur d'une macroglossie du fait du développement plus avancé de la langue par rapport aux crêtes osseuses. Grâce à l'allaitement maternel, la mandibule va se développer vers le bas et l'avant. La macroglossie naturelle du nourrisson va diminuer du fait de la prise du sein pour permettre l'expansion correcte des procès alvéolaires et des bases osseuses (31).

La succion chez l'enfant est un facteur important pour son développement maxillo-facial. Elle est décrite sous deux aspects ; la succion nutritive et la succion non nutritive.
La succion nutritive est relative à son mode alimentaire ; l'allaitement maternel et le biberon tandis que la succion non nutritive est évoquée quand l'enfant suce le pouce, une tétine ou tout autre objet (32).
Une étude transversale réalisée en 2010 chez 226 enfants sénégalais âgés de 5 et 6 ans, avait pour but de quantifier l'impact de l'allaitement maternel et des habitudes de succion non nutritives sur la longueur des arcades temporaires. Les résultats ont

montré une différence de mensuration d'arcade chez les enfants étant alimentés au biberon ainsi que chez ceux ayant des pratiques de succion non nutritives (33).
Des dysmorphies communes liées aux habitudes de succion non nutritives telles qu'une rétroposition de la mandibule par rapport au maxillaire, une diminution transversale de l'arcade maxillaire, une augmentation du surplomb horizontal ainsi qu' une occlusion croisée postérieure ont été constatées. Ces dysmorphies sont d'autant plus importantes que les habitudes de succion sont prolongées dans le temps (34).

La durée d'allaitement influence le développement d'habitudes de succion non nutritives.
Selon une étude transversale réalisée en 2016, menée sur 415 enfants âgés de 4 à 6 ans, les enfants allaités moins de 6 mois ont plus de risque de développer des mauvaises habitudes de succion que ceux allaités plus de 6 mois. Les habitudes de succion non nutritives (la tétine et le pouce) induisent selon cette étude, des malocclusions (type classes II avec rétrognathie mandibulaire) et des profils faciaux convexes. Les résultats démontrent enfin qu'il n'y a pas d'association significative entre durée d'allaitement, profil facial convexe et malocclusions. Ce sont bien les habitudes de succion non nutritives qui sont à l'origine des modifications de profils et des malocclusions (31).

L'allaitement maternel est donc un mode alimentaire efficace pour lutter contre les malocclusions en favorisant un développement maxillo-facial musculaire, osseux et articulaire, en réduisant les mauvaises habitudes de succion non nutritives qui peuvent aboutir à des dysmorphies cranio-faciales importantes.

2.1.1.2 Rôle protecteur du lait maternel

L'allaitement maternel a de nombreux bénéfices allant au-delà du plan fonctionnel.

Le lait maternel en lui-même a un rôle protecteur sur les dents. En effet sa composition, riche en caséine, calcium, phosphate éviterait les déminéralisations et favoriserait la reminéralisation déposant ainsi une couche organique protectrice à la surface de l'émail*.* Ce lait maternel n'est pas cariogène à condition qu'aucune source d'hydrate de carbone ne soit intégrée au lait (35).
Il est prouvé que ce lait maternel inhibe la croissance de certains micro-organismes dont *streptococcus-mutans,* qui est l'une des bactéries très fréquemment retrouvées dans le développement des lésions carieuses (36).

En théorie, la physiologie et la mécanique de l'allaitement maternel rendent impossible la stagnation du lait en bouche du fait de la position du mamelon dans la cavité buccale du nouveau-né ; le lait passe directement derrière le palais mou lors de la déglutition, ainsi le lait maternel n'est pas délétère en lui-même pour les dents temporaires.

Une étude de cohorte menée en 2016 met en évidence que l'allaitement maternel n'est pas incriminé dans le développement des lésions dentaires, l'allaitement exclusif pendant 6 à 11 mois n'est pas associé à un risque carieux et offre au contraire une protection pour les dents temporaires (37).
Une méta-analyse de 2015 précise que l'introduction de sucres en plus de l'allaitement maternel peut être à l'origine des lésions carieuses car ces sucres sont introduits au moment de l'éruption des dents lactéales. Cette étude ne montre pas l'implication de l'allaitement maternel dans le développement des caries précoces du jeune enfant (38).
Il faudrait donc un allaitement maternel exclusif pendant six mois avec une hygiène orale satisfaisante et une hygiène alimentaire correcte sans apport de sucres pour diminuer le risque d'apparition de caries précoces du jeune enfant.

Le lait maternel apporte une protection contre les infections des voies respiratoires, il protège contre les allergies alimentaires à condition que l'allaitement débute dans les premiers jours de vie du nourrisson et soit exclusif pendant les six premiers mois (39).

Il est un véritable aliment biologique nutritif car sa composition varie au cours de la croissance de l'enfant jusqu'à six mois révolus (40). En effet, la composition s'adapte aux besoins nutritifs progressifs de l'enfant en croissance, en particulier à la maturation de ses défenses immunitaires. Le lait est clair et riche en eau les premiers jours de tétée puis s'enrichit en graisses, caséines et immunoglobulines, inhibant l'adhésion bactérienne ce qui favorisera un effet cario-protecteur sur les futures dents de l'enfant (29).

Le lait maternel protège contre certaines affections de la petite enfance, comme les infections des voies aériennes supérieures par exemple qui induisent la prise de médicaments cariogènes responsables entre autre de la survenue de lésions carieuses (41)**.**

2.1.2 Les conséquences de l'allaitement maternel sur les dents des jeunes enfants

L'idée selon laquelle les chirurgiens-dentistes associent régulièrement allaitement maternel et développement des caries chez les jeunes enfants date des années 70, ainsi les professionnels poussaient les mamans au sevrage dès l'apparition des premières dents (29).

Lorsque les chirurgiens-dentistes se retrouvent confrontés à un enfant en bas âge présentant de nombreuses lésions carieuses, ceux-ci pensent aux causes suivantes : apports sucrés trop fréquents, hygiène insuffisante et/ou allaitement maternel exclusif, à la demande, prolongé et/ou répété.

Avant d'évoquer les conséquences de l'allaitement maternel, il convient de donner quelques définitions.

On distingue deux types d'allaitement : l'allaitement exclusif où le seul apport nutritif du nourrisson est le lait maternel et l'allaitement partiel. Ce dernier peut être prédominant dans le cas où le nourrisson est mis au sein et reçoit des liquides autres que le lait de sa mère ou mixte avec alternance entre lait maternel et autres substituts alimentaires solides artificiels (29).

Les conséquences sont évoquées lorsque l'enfant de moins de 3 ans présente des caries précoces (29).

Elles font souvent suite à un allaitement prolongé et/ou à la demande. Dans ce cas, les chirurgiens-dentistes observent fréquemment des lésions carieuses sur les dents antérieures à un stade plus ou moins avancé selon la date de consultation.

Cette notion de caries précoces possiblement associée à un allaitement prolongé et/ou à la demande a très souvent été étudiée.

L'*American Academy of Pediatric Dentistry* reconnait en 2004, un risque potentiel d'apparition de caries précoces chez les enfants allaités s'ils sont exposés sans restriction et de façon répétitive à l'allaitement. L'allaitement à la demande est donc déconseillé par cette institution, qui considère que la fréquence d'allaitement est plus importante que la quantité de lait ingérée par l'enfant ; au cours de prises

alimentaires répétées, la production d'acides est augmentée induisant ainsi des déminéralisations à la surface de l'émail (42) (43) (figure 2 et 3).

La courbe de Stephan montre la baisse du pH secondaire à toute prise alimentaire.

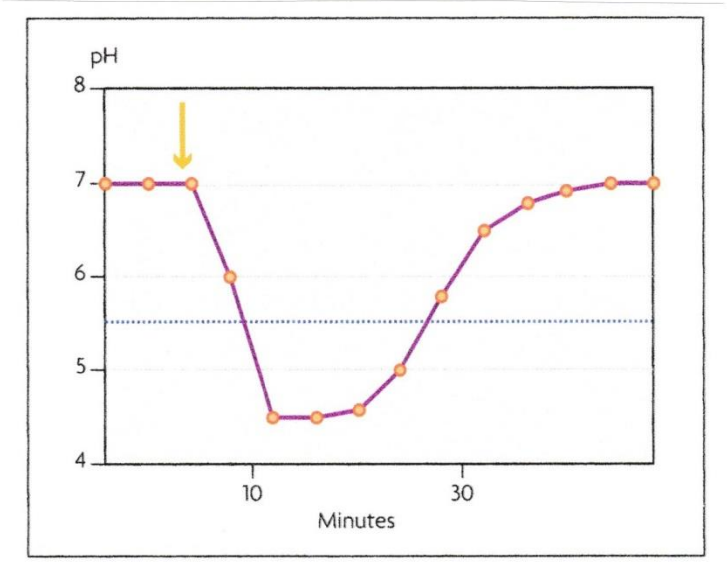

Figure 2: Courbe de Stefan (44).

Plus les ingestions sont répétées, plus la production d'acide est fréquente et prolongé. L'allaitement à la demande peut donc être considéré comme du grignotage.

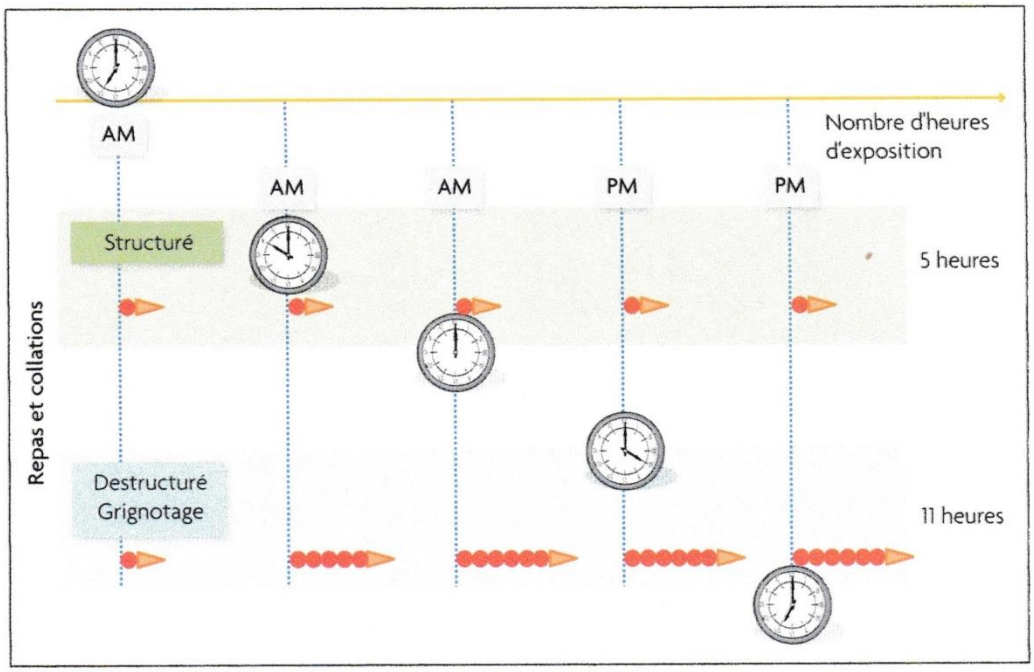

Figure 3 : Influence du nombre de prises alimentaires sur le temps de déminéralisation (d'après Marshall, 2004) (44).

Les ronds rouges représentent une prise alimentaire (collation) ou ingestion de boisson sucrée. Les triangles rouges déterminent le temps nécessaire pour que le pH de la cavité buccale revienne à la valeur normale. Quand la prise de repas est structurée (5 collations dans la journée), le nombre d'heures d'exposition est égal en moyenne à 5 heures, alors que lorsque l'enfant grignote, les périodes de déminéralisation sont plus longues et peuvent atteindre 11 heures dans une journée.

En 2010, une étude de Folayan montre un lien entre caries rampantes et allaitement prolongé, il y aurait un risque de caries 10% plus élevé par mois ajouté (45).

Les études démontrant un possible lien entre durée d'allaitement et caries précoces du jeune enfant sont souvent contradictoires.

Harris et al ont publié en 2004 une étude identifiant 106 facteurs de risque associés à une augmentation de la prévalence ou de l'incidence des caries précoces du jeune enfant. Parmi ces facteurs, seuls 3 sont liés spécifiquement à l'allaitement maternel : la durée, la fréquence et l'allaitement nocturne (46). L'allaitement maternel à la demande et nocturne, est donc un des facteurs de risque associés à l'augmentation de la prévalence de caries chez le jeune enfant.
Beaucoup d'autres études démontrent qu'il n'y a pas de réel lien entre carie précoce du jeune enfant et une durée d'allaitement (47).
De récents résultats datant de 2016, ne concluent pas en faveur d'une association entre allaitement prolongé au-delà de 12 mois et la présence de caries chez le jeune enfant (37) (48).
Ces études montrent l'existence d'autres facteurs responsables de la survenue de caries chez le jeune enfant, notamment une alimentation ou allaitement nocturne, des prises alimentaires cariogènes et répétées au cours de la journée et un manque d'hygiène orale (48).

D'autres études remarquent que la prévalence et la sévérité des atteintes sont plus faibles dans le cas d'allaitement maternel par rapport à l'allaitement au biberon. Des études datant de 2012 en Inde, comprenant 1116 enfants âgés de 3 à 5 ans, montrent que 70 % des enfants de 5 ans allaités au-delà de 2 ans, ont été touchés par la carie précoce et que le pourcentage de sujets affectés est sensiblement identique quel que soit le type d'allaitement : 24,6 % pour l'allaitement au biberon, 29,6 % pour l'allaitement maternel et 27,1 % en cas d'alimentation mixte : biberon et allaitement maternel (49).
Une autre étude de 2012 portant sur 2056 enfants, âgés de 3 ans met en évidence une prévalence différente de la carie précoce suivant la durée de l'allaitement maternel. Quand l'allaitement maternel est inférieur à 6 mois, la prévalence de caries

précoces est de 20 % ; entre 6 et 17 mois d'allaitement maternel, la prévalence est autour de 15 % et après 18 mois d'allaitement, les auteurs observent une augmentation significative supérieure à 30 % (50).

L'allaitement maternel est-il le seul élément problématique quant à la survenue des lésions carieuses chez l'enfant ?
En effet, la carie est un processus multifactoriel ; il existe de nombreux facteurs confondants comme les prises alimentaires sucrées, répétées et un manque d'hygiène orale. L'âge de l'enfant ainsi qu'un faible flux salivaire notamment la nuit favorisent également l'apparition de lésions carieuses. Les mamans, soucieuses du bien être de leur enfant, veulent apporter plaisir en toutes circonstances. Les techniques de *cosleeping* se développent : les mamans allaitent tout en laissant l'enfant s'endormir au sein, mais n'ayant pas de rinçage de la cavité buccale ni de brossage des dents après la prise alimentaire, les lésions carieuses se développent plus rapidement.

L'allaitement nocturne ou toute autre forme d'alimentation est à proscrire compte tenu de la baisse de fluides salivaires, les enfants nourris la nuit ont 5,1 fois plus de risque de développer des lésions carieuses (51). L'allaitement nocturne tardif peut engendrer des polycaries puisque l'enfant s'endort avec le mamelon en bouche sans déglutir la dernière gorgée de lait, ce dernier stagnant en bouche est alors à l'origine des déminéralisations de l'émail (25).

Il est difficile d'établir un lien entre allaitement maternel et risque carieux. Cependant il est certain que le lait maternel en lui-même n'est pas impliqué dans les caries précoces des jeunes enfants, il permet de maintenir le pH salivaire neutre s'il est utilisé seul (25).
En 2003, un article des Archives de pédiatrie certifie que le lait maternel en lui-même n'est pas considéré comme cariogène mais des prises répétées avec contact du lait prolongé sur les dents engendreront un déséquilibre déminéralisation/re-minéralisation en faveur d'une déminéralisation de l'émail (52).

L'action de succion au sein va cependant protéger les dents mandibulaires car elles sont en contact avec la salive et protégées par la langue et le sein. Les caries précoces du jeune enfant sont donc fréquemment retrouvées sur les incisives maxillaires(53)**,** cette notion est également valable pour les enfants nourris au biberon.

Néanmoins les auteurs s'accordent sur le fait qu'après deux ans d'allaitement, le risque d'apparition de lésions carieuses chez le jeune enfant est plus élevé car les éléments protecteurs diminuent au-delà de 12 mois (54). Les études convergent également vers le fait qu'une hygiène bucco-dentaire parfaite est nécessaire pendant la durée de l'allaitement afin de prévenir l'apparition de caries précoces du jeune enfant (55).

2.1.3 La santé bucco-dentaire des mères allaitantes et de leurs nourrissons.

La plupart des chirurgiens-dentistes et les mères allaitantes pensent que la première visite chez le chirurgien-dentiste se fait au-delà de la première année de vie de l'enfant (56). Cependant les dents se développent durant cette première année de vie, elles sont donc fragiles et nécessitent une attention particulière.

2.1.3.1 L'hygiène bucco-dentaire des mamans

L'hygiène bucco-dentaire de certaines jeunes mamans est peut être altérée. De par leur grossesse, les mères hésitent à consulter le chirurgien-dentiste par peur ou appréhension que le soin réalisé soit nuisible au bon déroulement de la grossesse. Elles ont tout de même conscience des répercussions de leurs mauvaises habitudes d'hygiène bucco-dentaire mais ne les modifient pas pour autant (19).

Au cours de la grossesse, beaucoup de changements hormonaux s'opèrent entrainant des répercussions sur la sphère buccale, telles que les parodontopathies. Les femmes enceintes sont plus sujettes aux gingivites gravidiques à partir du 2ème mois de grossesse jusqu'au 9ème mois, du fait de la présence de plaque liée à des mauvaises habitudes alimentaires et bucco dentaires. Ces gingivites peuvent évoluer vers une parodontite agressive si la patiente ne consulte pas un chirurgien-dentiste pour une prise en charge adaptée (25).

Les pathologies dentaires prédominent également chez les femmes enceintes. Des érosions dentaires, liées dans la plupart des cas aux nausées et vomissements du premier trimestre, peuvent être observées chez 70 à 85 % des femmes enceintes. Mais la pathologie dentaire la plus fréquente est la carie dentaire. Selon une étude publiée par l'Institut national de la santé et la recherche médicale de 2012, 51,6% des femmes présentent en moyenne 3 caries à l'issue de leur grossesse (57).

Les modifications physiologiques durant la grossesse, associées à de mauvaises habitudes alimentaires et d'hygiène bucco-dentaire, sont donc à l'origine de pathologies de la sphère orale. Ces pathologies sont retrouvées en post-partum chez les femmes allaitantes n'ayant pas consulté de chirurgien-dentiste durant leur grossesse.

Il est prouvé que l'allaitement maternel apporte de réels bénéfices à la jeune maman, notamment en matière de prévention des risques cardio-vasculaires, du diabète de type I ou des maladies inflammatoires (40). Cependant aucune étude n'a été réalisée sur les bénéfices ou les inconvénients que pourraient apporter ou engendrer l'allaitement maternel sur la sphère orale de la jeune maman.

Une récente étude de juin 2016, montre que l'éducation dentaire pendant la grossesse influence la mère sur les procédures adoptées avec ses enfants en ce qui concerne l'hygiène bucco-dentaire, la durée de l'allaitement et le premier rendez-vous chez le dentiste (58).

Un bilan bucco-dentaire durant le 4ème mois de grossesse, a été mis en place le 1er juin 2014 par l'assurance maladie afin de faciliter la venue des futures mères chez le chirurgien-dentiste. Ce bilan est conseillé, recommandé et pris en charge à 100% par l'assurance maladie (les patientes n'ont pas à avancer les frais)(59). La signature d'un avenant en 2013, entre la Confédération Nationale des syndicats dentaires, l'union nationale des caisses d'asssurance maladie et l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie stipule que tout chirurgien-dentiste conventionné est tenu de recevoir une femme enceinte pour la réalisation de ce bilan (25).

Cependant la fréquentation des cabinets dentaires par les femmes enceintes est assez faible. En 2013, l'étude transversale multicentrique française MATERNIDENT (60) montre que le taux de fréquentation chez le chirurgien-dentiste des femmes enceintes durant le 4ème mois de grossesse pour le bilan bucco-dentaire était de 18%. Le motif de consultation des femmes enceintes est souvent la douleur, 56% des femmes enceintes n'ont pas consulté de chirurgien-dentiste malgré le fait que 57% d'entre elles déclaraient avoir eu un problème dentaire. Ce qui prouve la difficulté des futures mères à pousser la porte des cabinets dentaires.
En 2013, une enquête menée lors de la réalisation d'un mémoire de sage-femme, montre que 49% des femmes enceintes interrogées se rendent au cabinet dentaire pour un bilan bucco-dentaire. Sur la population étudiée, 43% des femmes enceintes ont simplement l'intention d'aller voir un chirurgien-dentiste et 68% d'entre elles consultent réellement pour le bilan bucco-dentaire. Cette enquête a été réalisée juste avant la mise en place par l'assurance maladie du bilan bucco-dentaire (19).

Selon l'assurance maladie et la Haute Autorité de Santé, le chirurgien-dentiste doit pendant cette consultation réaliser un examen bucco-dentaire complet et offrir des conseils d'hygiène bucco-dentaire à la mère et son futur enfant (61). Néanmoins peu de femmes enceintes réalisent ce bilan et ne reçoivent donc pas les conseils appropriés.

Cependant ce travail montre que 10% des chirurgiens-dentistes refusent de prendre en charge des femmes enceintes et allaitantes (19).

2.1.3.2 L'hygiène bucco-dentaire des enfants allaités.

Les chirurgiens-dentistes observent souvent un manque, voire une absence d'hygiène orale chez beaucoup de jeunes enfants.

L'interrogatoire des parents lors de la première visite chez le chirurgien-dentiste, montre que les motifs de consultation les plus fréquents sont la douleur, les poussées dentaires et/ou les traumatismes (56).

Comme il a été dit précédemment, le lait maternel en lui-même n'est pas responsable des caries précoces des jeunes enfants, effectivement il n'est pas cariogène mais un allaitement prolongé au-delà de 6 mois et/ou un allaitement nocturne ont une influence négative sur l'hygiène orale de l'enfant.
Si ces enfants ne bénéficient pas d'un brossage dès le plus jeune âge, les déminéralisations aboutiront à des lésions carieuses.
Les dents de certains nouveau-nés présentent dès leur éruption des plages de déminéralisation, ce qui les rendent plus susceptibles au développement des caries précoces qu'il y ait allaitement maternel ou non.

Les enfants allaités plus d'une année sont plus souvent porteurs de caries précoces.
Chez les enfants présentant ces signes, des déminéralisations sont retrouvées sur les incisives maxillaires dans un premier temps, puis sur les molaires et enfin sur les canines dans un stade plus avancé. Les incisives mandibulaires sont plus rarement touchées dans les formes débutantes du fait de la présence de la salive et de la langue (55). Les dents porteuses de caries précoces peuvent être soignées si la consultation chez un chirurgien-dentiste n'est pas trop tardive. Cependant, dans de nombreux cas, les pertes de substance sont trop importantes pour pouvoir soigner et conserver les dents.

Les parents et de nombreux praticiens, pensent que le brossage des dents lactéales ne commence qu'à partir de 2-3 ans (56).

La consultation du tout petit n'est pas instaurée en France, exceptée par la Mutualité Sociale Agricole (MSA), régime de sécurité sociale agricole pour lequel les bilans bucco-dentaires se font à partir de l'âge de 3 ans.

Le bilan bucco-dentaire mis en place par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) se fait à partir de 6 ans, il est donc difficile pour les praticiens de mener des actions de prévention avant cet âge.
Certains praticiens évoquent les méthodes de prévention lors du bilan bucco-dentaire du 4ème mois de grossesse, mais trop peu de chirurgiens-dentistes motivent les futures mères à faire la première visite durant la première année de vie de l'enfant.

L'hygiène bucco-dentaire et alimentaire sont deux paramètres sur lesquels la prévention est très importante chez l'enfant. Il convient de préciser aux parents l'importance du brossage, quotidien dans un premier temps pour les enfants de 0 à 3 ans, puis biquotidien avec le matériel et les produits adaptés à l'âge de l'enfant (tableau 2). Tout grignotage au cours de la journée sera limité et l'alimentation nocturne supprimée le plus tôt possible.

Tableau 2 : Hygiène bucco-dentaire des enfants (selon l'AFSSAPS)(25).

Age	Méthodes	Matériel	Dentifrice	Fréquence
0 à 6 mois	Nettoyer les gencives et les premières dents de lait	Une compresse humide enroulée autour du doigt	Aucun	Après chaque tétée ou biberon
6 mois à 3 ans	Brossage réalisé par les parents	Brosse à dents adaptée à l'âge	Fluoré<500ppm la quantité d'un petit pois	1f/jour, de préférence le soir
3 à 6 ans	Brossage assisté par les parents	Brosse à dent adaptée à l'âge	Fluoré = 500 ppm la quantité d'un petit pois	2f/jour
Après 6 ans	Brossage réalisé par l'enfant mais contrôlé par les parents	Brosse à dent adaptée à l'âge	Fluoré entre 1000 et 1500 ppm 1 à 2 cm	3f/jour

.

2.2 Les visites chez le dentiste : soins et prescriptions

Les chirurgiens-dentistes pensent souvent qu'il est nécessaire de recourir au sevrage afin de pouvoir soigner les patientes allaitantes. Mais dans l'intérêt de leurs enfants, les mamans ne souhaitent généralement pas interrompre l'allaitement maternel.

2.2.1 Les soins chez les patientes allaitantes

Les mamans délaissent les visites chez le dentiste pendant la grossesse et en période d'allaitement par peur des conséquences des soins sur la santé de leur enfant, par dissuasion de la part de leur entourage ou même par refus de certains chirurgiens-dentistes de les soigner. Cependant les changements hormonaux observés pendant ces périodes ont de nombreuses répercussions sur leur santé bucco-dentaire (60) (62). Les conséquences de la grossesse concernant la santé bucco-dentaire de la maman sont bien connues, cependant l'idée reçue « un bébé, une dent » est encore, de nos jours, une pensée bien ancrée chez les patientes et certains praticiens.

Au cours de la grossesse, des changements hormonaux sont observés, ils peuvent être responsables de la survenue de parodontopathies, les vomissements des premiers mois peuvent induire une déminéralisation de l'émail et inciter au développement des lésions carieuses sur les dents de ces futures mamans. Les nausées incitent les mamans à manger en petites quantités et/ou à grignoter, ce qui amplifie le risque de développer des lésions carieuses en parallèle bien souvent d'une difficulté de brossage, ce dernier pouvant accentuer les nausées.
Ces phénomènes surviennent pendant la grossesse. Cependant si ces patientes n'ont pas pris le temps de consulter un chirurgien-dentiste lorsqu'elles étaient enceintes, elles le feront après et donc pendant leur allaitement.

On entend souvent dire que les femmes qui allaitent doivent suivre un régime alimentaire strict consistant à éviter le café, les aliments épicés et acides, l'alcool et le tabac, qu'il faut boire beaucoup d'eau et de lait.

Au contraire, de nombreuses études ont prouvé qu'aucun régime alimentaire n'était nécessaire au cours de l'allaitement, ce genre de régime compliquerait le bon déroulement de l'allaitement. Il faut simplement que la mère allaitante ait une alimentation équilibrée en prenant quelques précautions. Il est recommandé que la mère qui allaite prenne quatre repas par jour, avec apport suffisant et varié en protéines et corps gras. Il est conseillé un produit laitier à chaque repas, un féculent par jour, des légumes et fruits deux fois par jour et un apport d'eau quotidien d'1.5 litre à deux litres. La consommation de café et/ou de boissons riches en caféine doit être modérée, il est nécessaire de ne pas dépasser 2 à 3 tasses de café par jour, de se limiter à 1 à 2 verres de boissons gazeuses à base de caféine par jour et de ne pas abuser de chocolat. Quant à la consommation d'alcool, celle-ci doit être occasionnelle pour pouvoir poursuivre l'allaitement sans nuire à la santé de l'enfant (63).

Le guide nutrition de la grossesse inclus dans le nouveau Programme National Nutrition Santé (PNNS) de 2016, ne prône pas de régime alimentaire strict afin d'avoir un lait de qualité pour l'enfant, il est simplement conseillé de prendre quelques précautions (64) (tableau 3).

Tableau 3 : Repères de consommation pour les femmes enceintes et allaitantes (selon PNNS) (65).

Fruits et/ou légumes	Au moins 5 par jour : - A chaque repas et en cas de fringale - Crus, cuits, natures ou préparés - Frais, surgelés ou en conserve
Pain et autres aliments céréaliers, pommes de terre et légumes secs	A chaque repas, selon l'appétit : - Favoriser les céréales complètes - Varier les féculents : riz, pâtes, semoule, blé, mais, haricots secs… - Limiter les aliments à base de soja à un par jour
Laits et produits laitiers	Au moins 3 par jour : - Varier les produits - Privilégier les produits nature, riches en calcium, les moins gras et moins salés
Viandes, poissons, œufs	1 à 2 fois par jour : - Viandes les moins grasses - Poissons frais, surgelé ou en conserve - Supprimer la charcuterie - Bien cuire les aliments
Matières grasses ajoutées	Limiter la consommation : - Privilégier les matières grasses végétales - Limiter les graisses d'origine animale - Eviter la margarine
Produits sucrés	Limiter la consommation : - Limiter les boissons sucrées, les aliments gras et sucrés
Boissons	De l'eau à volonté : - Au cours et en dehors des repas - Pas de boissons alcoolisées
Sel	Limiter la consommation : - Utiliser du sel iodé - Limiter les produits salés

Pendant l'allaitement, il est plus facile pour les femmes de reprendre une alimentation saine et correcte et d'avoir recours au brossage biquotidien du fait de la disparition des nausées et vomissements.
L'allaitement maternel n'est en aucun cas responsable du mauvais état bucco-dentaire de certaines patientes, mais bien la grossesse en elle-même, au cours de laquelle ces femmes ont négligé leur hygiène orale et alimentaire.

Pendant l'allaitement, tous les soins peuvent être prodigués : du simple détartrage à la pose de couronnes unitaires ou plurales en passant par les soins endodontiques (figure 4).
Il n'y a aucune contre-indication de soins chez les patientes allaitantes, juste quelques précautions à prendre afin que ces jeunes mamans puissent continuer d'allaiter. La pose de digue lors de la dépose d'amalgame et des traitements endodontiques est très fortement recommandée. Il faut soigner les dents les plus à risque de développer une infection afin d'éviter la prescription de médicaments, accentuer la prévention par des motivations à l'hygiène orale pendant toutes les consultations (62) (25).

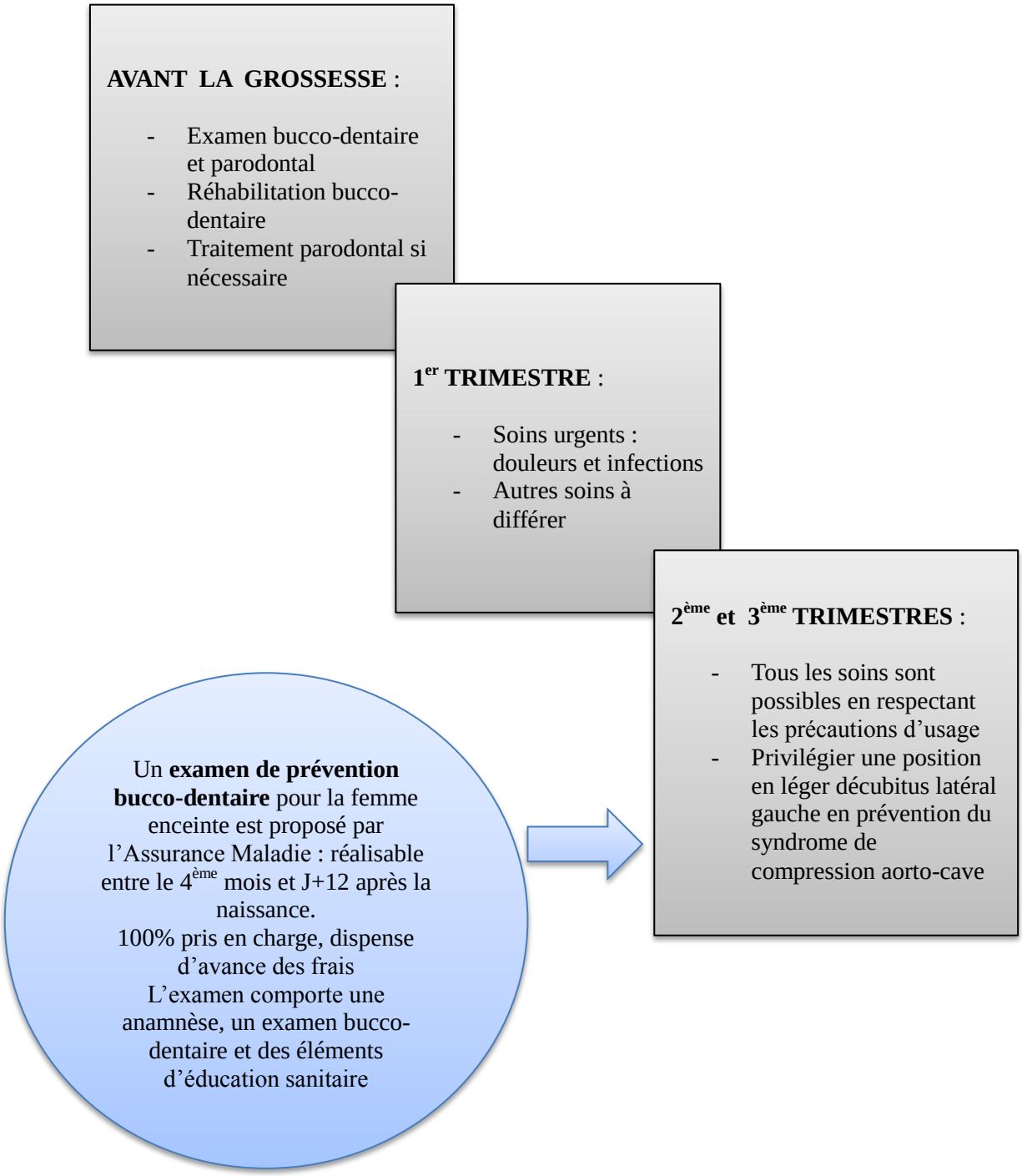

Figure 4 : Quand réaliser les soins dentaires ? (60)

2.2.2 Les prescriptions chez les patientes allaitantes

Une enquête de 2009 a montré que dans le domaine des prescriptions chez la femme enceinte et allaitante les chirurgiens-dentistes sont très incertains (66). Or il s'agit de la santé de deux individus (mère et enfant), il serait judicieux de mieux prendre en compte ces doutes chez ces praticiens

2.2.2.1 Evaluation des risques

Certains plans de traitement en odontologie nécessitent la prise de médicaments tels que les anti-douleurs, anti-inflammatoires, antibiotiques ou antifongiques. Mais beaucoup de chirurgiens-dentistes ignorent comment les prescrire chez les femmes allaitantes. Ils n'ont pas connaissance des posologies, des indications ou contre-indications et se voient généralement dans « l'obligation » d'imposer le sevrage à leur patiente. Il est pourtant possible et indiqué de prescrire des médicaments à ces femmes en adaptant la posologie des traitements.
Des données de 2016 montrent qu'environ 90% des femmes venant d'accoucher prennent des médicaments (67). Il est donc important de connaitre : les modalités de prescription chez la femme allaitante, les possibles effets indésirables chez le nourrisson ainsi que les recommandations et sources d'informations à consulter en cas d'allaitement maternel.

En 2003, la Haute Autorité de Santé a travaillé sur un projet de suivi des enfants allaités au cours des six premiers mois de vie du nourrisson (68).
Selon ce travail, chaque prescripteur doit se poser deux questions essentielles :

- Le symptôme ou la pathologie nécessite-t-il vraiment un traitement ?
- Le traitement proposé est-il celui qui présente le plus de bénéfices à la maman tout en minimisant les risques pour le nourrisson ?

L'estimation du risque pour le nouveau-né se fait à partir de données cliniques (le suivi de l'enfant allaité), et pharmacologiques (le passage du médicament dans le lait maternel, la posologie, la demi-vie, la liposolubilité et la concentration

plasmatique du médicament). Les facteurs d'évaluation du risque sont les mêmes depuis 1998 :

- la quantité de médicaments excrétés dans le lait,
- les propriétés pharmacologiques du médicament (voie d'administration, posologie et sa demi-vie donc son devenir chez l'enfant),
- l'indication du traitement maternel (traitement aigu ou chronique),
- le risque de survenue d'effets indésirables chez l'enfant qui reçoit par voie orale le médicament pris par sa mère,
- la quantité de lait ingéré,
- le terme de la naissance,
- l'âge de l'enfant,
- l'impact potentiel du traitement sur la production de lait (69).

La pénétration de la substance active médicamenteuse dans le lait maternel est le premier facteur à prendre en compte dans l'évaluation du risque. Sa toxicité pour l'enfant dépend de trois facteurs : la mère, la molécule et le nourrisson.

- Dans les facteurs maternels, on retrouve la posologie : plus la dose de médicament reçue par la mère allaitante est importante plus la concentration de celui-ci sera importante dans le lait maternel. La qualité et la quantité de lait vont également influencer le passage plus ou moins prononcé des médicaments dans le lait maternel. En effet, selon la période d'allaitement et l'heure à laquelle le bébé est nourri au sein, la pénétration des substances médicamenteuses liposolubles va être plus ou moins importante.
- Les facteurs liés à la molécule sont le poids moléculaire, les propriétés de liaisons aux protéines plasmatiques et la liposolubilité.
- Parmi les facteurs liés au nouveau-né, il est nécessaire de prendre en compte l'absorption du médicament par l'enfant et prescrit à la maman. Lors des 10 premiers jours d'allaitement, l'absorption chez l'enfant est plus importante du fait du manque de maturité digestive de l'enfant (69). Le moment où l'enfant est allaité a toute son importance également, en début de lactation l'épithélium alvéolaire est plus perméable au passage des médicaments (70). De plus, il est important de poser certaines questions à la maman concernant son enfant avant de prescrire des médicaments. Demander s'il s'agit d'une naissance

avant terme, si c'est le cas savoir si l'enfant est un grand prématuré ou non. Ces enfants sont plus fragiles, en raison d'une immaturité d'organes, il faudra donc éviter de prescrire des médicaments à la maman allaitant des enfants prématurés.

Dans une revue de gynécologie et de pédiatrie, publiée en 2003, il est rappelé que la prescription des médicaments chez la mère ne doit pas être un frein à l'allaitement (70). En effet il est nécessaire, pour chaque cas, d'évaluer le rapport bénéfice risque entre allaitement et risque potentiel induit par ce dernier au nourrisson. Cette revue avait 3 objectifs : l'attitude des prescripteurs en cas d'allaitement maternel, faire le point sur les effets indésirables des médicaments sur l'enfant, comprendre les informations pharmacocinétiques pour aider à la prescription des médicaments en toute sécurité et enfin apporter des données sur certains médicaments, afin que leur prescription soit basée sur des données scientifiques validées et actualisées.

Concernant les données épidémiologiques, les publications sur les effets indésirables des médicaments donnés à la mère au cours de l'allaitement sont très rares. Dans une étude portant sur 14 000 femmes enceintes et allaitantes, 79% avaient utilisé au moins un médicament et de rares cas d'atteintes sévères isolées ont été observés chez les nourrissons.

Seule, une étude prospective portant sur les effets indésirables chez le nourrisson allaité a été réalisée au Canada en 1993. Cette investigation comprenait 838 enfants allaités et se basait sur une conversation téléphonique au cours de laquelle les mères exposaient leurs inquiétudes car elles devaient prendre un médicament pour 80,2 % d'entre elles, ou plusieurs pour 19,8%. Dans cette enquête, 61,3% des enfants étaient âgés de moins de 3 mois et 27,6% de moins d'un mois. Les médicaments les plus souvent prescrits étaient des analgésiques pour 23,4%, des antibiotiques pour 20%, des antihistaminiques pour 10% et des sédatifs pour 5%. Les résultats ont conclu en faveur d'absence d'effets indésirables majeurs, seuls 11,2% d'effets indésirables mineurs ont été observés dont aucun n'a engendré l'arrêt de l'allaitement (71).

L'évaluation du risque encouru par le nouveau-né en cas de prescription chez la maman en cours d'allaitement, est difficile à analyser de par le nombre trop insuffisant de données cliniques scientifiques recueillies sur le passage des substances dans le lait (72).

En conclusion, la plupart des données publiées le sont pour les enfants nés à terme et pour un lait mature, de bonne qualité. Ces études sont souvent isolées et ne s'appuient pas sur des données cliniques, cependant des conclusions peuvent tout de même être émises. Il existe très peu de médicaments formellement contre-indiqués au cours de l'allaitement, les médicaments sont classés comme à utiliser sous surveillance ou déconseillés, à éviter.

Pour la première classe (les médicaments à utiliser sous surveillance), l'allaitement ne doit pas être contre-indiqué, les mamans ne doivent pas être poussées au sevrage précoce. C'est par exemple, le cas d'un enfant né à terme dont on prescrit à la maman un traitement court avec une posologie classique.

Pour la seconde classe (les médicaments déconseillés ou à éviter), la prise de médicaments et l'allaitement peuvent être incompatibles car le rapport bénéfice risque pour l'enfant est défavorable. Il s'agit par exemple d'un enfant prématuré, pour lequel on prescrit à la maman un traitement long et intensif (69).

Il convient de toujours se rapporter au couple mère/enfant, chaque cas d'allaitement est unique et la prescription des médicaments doit être adaptée.

Il n'existe pas d'étude clinique menée sur l'homme à ce jour sur la prescription des médicaments au cours de l'allaitement, il n'y a donc aujourd'hui aucune preuve scientifique en faveur ou défaveur d'un sevrage précoce en cas de prescription médicamenteuse au cours de l'allaitement maternel.

2.2.2.2 Choix du médicament

Une femme allaitant prend en moyenne 3,3 médicaments ; les plus prescrits de manière générale sont les antalgiques, antibiotiques et anxiolytiques. En odontologie les médicaments principalement prescrits sont notamment les antalgiques, antibiotiques et anti-inflammatoires (25).

Pour choisir un médicament chez une femme qui allaite, il faut connaitre les modalités de passage des substances dans le lait. La quantité de médicament ingéré via le lait par l'enfant dépend de la concentration du médicament dans le lait, de la quantité de lait ingéré, de la qualité du lait et des facteurs propres à l'enfant (73). Une fois que le médicament est dans le compartiment lacté il va rejoindre au cours d'une tétée le tube digestif de l'enfant où il sera plus ou moins absorbé. La concentration atteignant le plasma de l'enfant dépend de la concentration lactée du médicament, du volume de lait ingéré variable selon l'âge de l'enfant (figure 5).

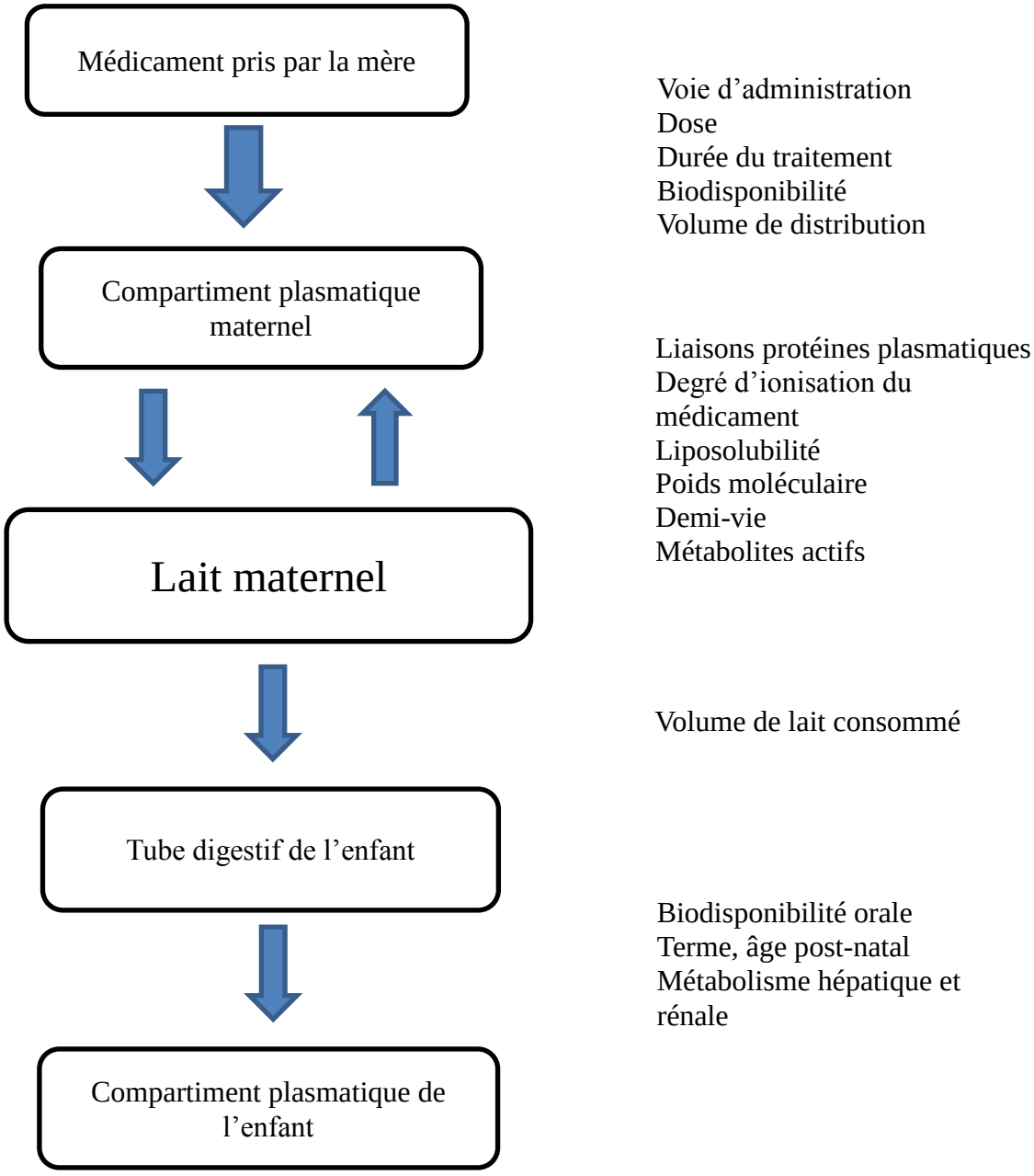

Figure 5: Représentation schématique du circuit d'un médicament de la mère à l'enfant via le lait maternel et des facteurs qui l'influencent (70).

Il faut ensuite prendre en compte les capacités de l'enfant à éliminer le médicament reposant sur ses métabolites hépatiques et rénaux.

Seule la fraction libre du traitement passe dans le lait, on estime que 1% de la dose maternelle de médicaments est reçue par le nouveau-né. Mieux vaut proposer le médicament juste après la dernière tétée.

Tout médicament à usage pédiatrique et prescrit à doses thérapeutiques chez la mère ne peut être nocif pour le nouveau-né (70).

2.2.2.3 Conseils sur les prescriptions chez la femme allaitante

Les conseils et recommandations en matière de prescriptions médicamenteuses au cours de l'allaitement maternel sont nombreux selon les dernières données acquises de la science. Les praticiens doivent respecter certaines conduites à tenir afin de pouvoir prescrire des médicaments pendant l'allaitement maternel.

Dans les recommandations concernant les classes de médicaments les plus prescrits aujourd'hui, le paracétamol et les pénicillines sont les médicaments de première intention.

Une étude multicentrique a été réalisée en 2003 dans les Maternités du Centre Hospitalo-Universitaire du département du Nord comprenant 302 femmes en post-partum où 1275 prescriptions à J0 de post-partum ont été détaillées.

L'enquête est réalisée par téléphone et regroupe les différentes questions des mères allaitantes au sujet de la prescription pendant leur allaitement.

L'objectif était de mettre en évidence les principales substances prescrites chez la femme allaitante suscitant le plus de questions.

Les résultats ont montré que les antibiotiques arrivent en tête avec 16,2% de questions, puis les anti-inflammatoires avec 12,4% et les analgésiques-antalgiques avec 6,76%. Il est recommandé pour ces prescriptions de consulter des centres régionaux de pharmacovigilance ou des sites internet spécialisés.

En pratique, les conduites à tenir en cas de nécessité de prescription médicamenteuse pendant l'allaitement sont :

- Evaluer le rapport bénéfice/risque en tenant compte du type de médicament, de l'âge de l'enfant, de son degré de prématurité,
- Connaitre les médicaments contre-indiqués avec l'allaitement (aspirine®, codéine®, imidazolés (Fluconazole®), (25),(69) (tableau 4),
- Connaitre les médicaments déconseillés avec l'allaitement maternel (macrolides tels que Clindamycine®, Aminosides®, Fluoroquinolones®) (67) (tableau 4),
- Etre attentif au médicament à demi-vie longue (Hydroxyzine®),

- Penser aux médicaments pouvant diminuer la production de lait (œstrogène®, bromocriptine®),
- Prescrire des médicaments utilisables chez le nouveau-né et choisir ceux avec données publiées sur le passage lacté,
- Le paracétamol® est considéré comme sûr pendant la période d'allaitement maternel, pour chaque repas de lait maternel la dose maximale de substance est estimée à 3 à 4,8% de la dose maternelle ajustée au poids corporel (66),
- Pour les médicaments à prise unique quotidienne, il est préférable que la mère prenne ce médicament après la dernière tétée du soir si l'enfant est sevré pour la nuit. S'il ne l'est pas, la maman doit prendre le médicament directement à la suite d'une tétée pour que la concentration dans le lait lors de la tétée suivante soit la plus faible possible (69),
- Conseiller de prendre le médicament en fin de tétée pour les allaitements exclusifs,
- La maman doit surveiller son nourrisson pendant cette période de traitement. Les signes d'alerte d'un enfant ne supportant pas le traitement via le passage de ce dernier dans le lait seront : une somnolence, un refus d'alimentation, des diarrhées voire un ictère (69),
- Tenir compte des interactions médicamenteuses entre les médicaments prescrits à la mère et à l'enfant. Dans le cas où un même médicament est prescrit à la mère et l'enfant, il faut que la posologie infantile tienne compte de l'apport lacté du médicament,
- Prendre en compte le type de pathologies de la mère. Si une maladie aiguë survient pendant l'allaitement avec un traitement court, l'allaitement peut en général continuer. Si le médicament est à risque d'accumulation, il convient de suspendre l'allaitement mais d'encourager la mère à reprendre après l'arrêt du traitement (tableau 5) (73).

Tableau 4: Prescriptions médicamenteuses chez la femme enceinte et allaitante (2010) (25)

Médicaments	Contre-indication absolue	Utilisation à éviter	Utilisation sans risque	Utilisation pendant l'allaitement
Antibiotiques				
Pénicillines (amoxicilline…)	-	Attention aux allergies	Oui	Oui
Céphalosporines (1ère, 2ème ou 3ème génération)	-	Attention aux allergies	Oui	Oui
Clindamycine	-	-	Oui	Oui
Macrolides : erythromycine, azithromycine, spiramycine, clarithromycine	-	-	Oui	Oui
Métronidazole	-	-	Oui	Oui
Fluoroquinolones	-	Peut fragiliser le cartilage de croissance	Prudence	Prudence
Bactrim (folates)	-	Au premier trimestre, peut provoquer des anomalies du tube neural	Prudence	Oui
Aminosides	-	Peut provoquer des toxicités rénale et auditive	Prudence	Prudence
Cyclines (doxycycline, tétracycline)	Peut provoquer des colorations de l'émail des dents du futur bébé	-	Non	Non
Antalgiques				
Paracétamol	-	Attention aux posologies	Oui	Oui
Aspirine	Après la 24ème semaine, risque rénale, cardiaque et hémorragique	Eviter au 1er trimestre et jusqu'à 24 semaines, risque de fausse couche spontanée	Non (durant toute la grossesse)	Non (durant toute la grossesse)
Codéine	-	Une imprégnation est possible (surveillance)	Oui	Non !!!

Tramadol	-	Une imprégnation est possible (surveillance)	Oui en 2e intention	Oui en 2e intention
Morphine	-	Une imprégnation est possible (surveillance)	Oui	Oui
Antifongiques				
Fluconazole	Contre-indiqué par manque de donnée	-	Non	Non
Miconazole	-	-	Oui	Oui
Amphotéricine B	-	-	Oui	Oui
Anti-inflammatoires				
Ibuprofène, kétoprofène, diclofénac, méloxicam, célécoxib (tous les AINS)	Ils sont à éviter pendant toute la grossesse : risque de fausse couche spontanée au 1er trimestre ; risque rénale, cardiaque et hémorragique aux 2e et 3e trimestres. Il existe également une notion de dose-dépendance dès les premières prises			
Corticoïdes (AIS)	-	-	Oui	Oui

.

Tableau 5 : Pathologies maternelles et traitements compatibles avec l'allaitement maternel (2015) (73).

Classes thérapeutiques	Traitements compatibles
Antalgiques	
Palier I non morphinique	Kétoprofène, diclofénac, célécoxib, ibuprofène en une prise unique
Palier II	avant J4 post –partum : tramadol, codéine (<30mg)
Palier III	après J4 post-partum (à des pososlogies faibles et moins de 2-3j de traitement) : tramadol Dans les 3 jours post-partum : nalbuphine, morphine
Antihypertenseurs	Propanolol, oxprénolol, labétalol
Anticoagulants	Héparines standard, HBPM, warfarine, acénocoumarol
Antidépresseurs	Paroxétine, clomipramide, sertaline, amitriptyline, imipramide
Anxiolytique	Paroxétine Benzodiazépines en prise unique faible dose après la tétée du soir, cure courte
Neuroleptique	Zyprexa, halopéridol, olanzapine
Antipaludéens	Nivaquine, chloroquine-proguanine
Antimigraineux	
Traitement de la crise	Ibuprofène, diclofénac, paracétamol, sumatriptan, élétriptan
Traitement de fond	Avlocardyl, laroxyl ; inhibiteurs calciques, sertaline
Asthme	Corticoïdes, bétamimétiques inhalés Ipratropium bromure
Antihistaminique H1	Cétirizine, desoloratadine, lévocéttirizine, loratacine
Antiglaucomateux	Travoprost, laranoprost, bimatropost dipivedine, timolol, brenzolamide, dorzolamide

HBPM : héparines de bas poids moléculaire.

Selon des données de 2013, il existe peu de données cliniques et bibliographiques concernant le passage des antibiotiques dans le lait (72). Selon le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) et le guide des médicaments anti-infectieux, lors de l'allaitement il existe trois niveaux possibles de prescriptions :

- Allaitement autorisé,
- Allaitement autorisé avec réserve,
- Allaitement contre-indiqué à cause d'effets néfastes ou d'absence de données (tableau 6).

Tableau 6 : Antibiotiques et allaitement (2014) (72).

Molécule et allaitement		Autorisé	Autorisé avec réserve	Contre-indiqué
Pénicillines		Oui		
Imipéném		Oui		
Aztréonam		Oui		
Aminoside	Gentamicine, Tobramycine		Oui Sauf prématurité ou altération fonction rénale du nouveau-né	
	Amikacine, Nétilmicine		Si nécessaire Sauf prématurité ou altération fonction rénale du nouveau-né	
	Spectinomycine, Kanamycine, Streptomycine			Pas de données suffisantes
Cyclines	Doxycycline		Oui si traitement court (5-7j)	
	Mynocycline, lymécycline, tétracycline			Pas de données suffisantes
Macrolides	Spiramycine	Oui		
	Erythro, Azithro, Clarithro, Roxythro, Josamycine		Oui Sauf si nouveau-né traité par Cisapride	
	Midécamycine			Pas de données suffisantes
Télithromycine				Pas de données suffisantes
Clindamycine, lyncomycine			Oui	
Pritinamycine		Oui		
Quinolones 1G				Pas de données
Fluoroquinolones	Cipro, Oflo	Oui		
	Noroxine		Oui si traitement court (3-5j)	
	Enoxacine, Loméfloxacine, Moxiflo, Péflo			Contre-indiqué
Sulfamides	Cotrimoxadole		Oui	

			Sauf déficit en G6PD	
	Sulfadiazine			Pas de données
Pyrazinamide				Peu de données, possible au cas par cas
Isoniazide			Oui mais peu de données	
Rifampicine			Oui mais peu de données	
Ethambutol				Peu de données, possible au cas par cas
Nitrofurantoine		Oui		
Fosfomycine		Oui		
Acide fusidique				Contre-indiqué
Glycopeptides				Contre-indiqué
Imidazolés	Métronidazole	Oui si voie vaginale	Oui si voie orale et intra veineuse et traitement court	
	Secnidazole, Tinidazole, Ornidazole			Contre-indiqué

La prévention est absolument nécessaire chez la femme allaitante pour limiter au maximum l'automédication.

Les sources d'informations pour les professionnels sont nombreuses et méconnues par les chirurgiens-dentistes. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) recommande plusieurs ouvrages de référence pour faire un choix éclairé, basé sur des données scientifiques et éviter un sevrage trop précoce et injustifié (74).

Le CRAT est l'une de ces sources d'informations. Via le site internet (https://lecrat.fr), on peut entrer le nom de la molécule que l'on souhaite prescrire et celui-ci nous donne les risques en cas d'allaitement.
Voici quelques exemples de recommandations trouvées sur le site :

- AMOXICILLINE® : la quantité de médicament ingéré via le lait maternel est faible, l'enfant reçoit moins de 1% de la dose pédiatrique après une prise par voie orale par la maman. L'usage de l'amoxicilline pendant l'allaitement est très répandu et bien toléré. Quelques cas de diarrhées et éruption ont été observés sans gravité chez des nourrissons allaités. Au vu de ces données, l'amoxicilline peut être utilisée au cours de l'allaitement.

- PARACETAMOL® : la quantité de substance passant dans le lait est faible, le nouveau-né reçoit jusqu'à 4% de la dose pédiatrique. Une publication fait état d'une quarantaine d'enfants allaités de mère sous paracétamol où aucun effet notable n'est remarqué. Le paracétamol peut tout à fait être utilisé au cours de l'allaitement.

- CODEINE® : la quantité reçue par l'enfant est de 7% de la dose absorbée par la mère. La codéine est métabolisée en morphine, l'enfant reçoit alors de la codéine et de la morphine, il convient alors de prescrire un autre antalgique lors de l'allaitement. Des effets transitoires type bradycardie, cyanose ont été observés chez certains nouveau-nés et un cas de décès fut observé au bout de 13 jours de vie par intoxication à la morphine. Si un traitement par codéine est absolument nécessaire au cours de l'allaitement, il faut qu'il soit aux doses les plus faibles possibles et le plus bref possible (2-3 jours maximum). En cas d'effets indésirables chez la mère, l'allaitement doit être reconsidéré.

- CLINDAMYCINE® (Dalacine®) : La quantité reçue par l'enfant peut atteindre 6% de la dose maternelle. Chez un nourrisson de 5 jours, des selles sanglantes surviennent au 3ème jour de traitement maternel, les selles se normalisent 12h après arrêt du traitement. Au vu de ces éléments il est préférable de ne pas allaiter pendant le traitement. Toutefois en antibioprophylaxie, il n'est pas nécessaire de différer l'allaitement maternel.

- IBUPROFENE® : la quantité ingérée via le lait est très faible, moins de 1% de la dose pédiatrique. Sur une vingtaine d'enfants aucun effet notable n'a été observé, au vu de ces données l'ibuprofène peut être utilisé en cours d'allaitement.

- HYDROXYZINE® : Il n'y a pas de donnée publiée sur cette molécule et l'allaitement, cependant sa demi-vie d'élimination plasmatique est longue chez l'adulte. Par conséquent on préférera une molécule mieux connue pour le traitement des allergies ou de l'anxiété.

Le Vidal est l'autre source d'informations fréquemment évoquée par les professionnels de santé. En effet les Résumés des Caractéristiques du Produit (RCP) répertoriés dans le dictionnaire médical Vidal sont une référence pour les prescripteurs, or ce RCP contre-indique dans 85% des cas l'allaitement maternel, selon une étude réalisée en 2007 par le réseau Médic-Al (75). Il existe d'autres sources d'informations pour les professionnels comme ce réseau « Médic-Al ». Il décrit les effets indésirables des médicaments sur les nouveaux nés, dans la rubrique médicament et allaitement maternel. En utilisant des bases de données adaptées comme ce réseau ou les centres régionaux de pharmacovigilance, seulement 7,75% des médicaments sont contre indiqués (76) (77).

En conclusion très peu de médicaments sont à l'origine d'effets indésirables, il est plus facile pour les prescripteurs de suspendre l'allaitement que de le poursuivre tout en se renseignant sur les risques potentiels. Beaucoup de praticiens se réfèrent au Vidal qui est une source non fiable pour juger du sevrage ou non de l'allaitement. Il est préférable de consulter le CRAT qui est une source plus fiable concernant la prescription de médicaments au cours de l'allaitement maternel.

2.3 Allaitement et sevrage : comment le chirurgien-dentiste évoque-t-il le sujet ?

Une enquête comprenant 78 femmes, publiée en 2000 au Canada, montre que le choix de l'allaitement par les mamans dépend de l'attitude des médecins qui les entourent (78). Une étude réalisée, en 2005, dans 8 maternités françaises n'ayant pas le label « hôpital ami des bébés » montre que le respect des recommandations de ce label évite un sevrage précoce des mères à la sortie des maternités (23). Or dans ces maternités « hôpital ami des bébés », aucun chirurgien-dentiste ne fait partie de l'équipe pluridisciplinaire autour de la jeune maman et de son enfant. On peut donc se demander comment les chirurgiens-dentistes évoquent le sujet du sevrage si sensible pour les mamans.

Les causes de sevrage les plus fréquemment retrouvées en chirurgie-dentaire sont la réalisation de soins, la prescription médicamenteuse et la présence de lésions carieuses dans les bouches des enfants. Ce sevrage est bien trop souvent injustifié et non fondé sur des données scientifiques. La méconnaissance des mécanismes de pharmacocinétique, la crainte des médecins quant aux possibles effets indésirables pourtant très rares et le manque de considération pour l'allaitement maternel poussent les prescripteurs à un sevrage précoce et abusif.

L'une des premières causes de sevrage évoquée par les chirurgiens-dentistes est la prescription de médicaments, or comme on a pu le voir précédemment beaucoup de médicaments peuvent être prescrits en cas d'allaitement surtout les médicaments les plus répandus en odontologie comme le paracétamol et la pénicilline.

En effet, il existe de rares cas d'effets indésirables présents chez le nourrisson en cas de prescription médicamenteuse (79).

Les praticiens prescripteurs en odontologie ont pour réflexe de se référer au RCP du Vidal. Comme vu précédemment le Vidal n'est pas la source d'information la plus fiable. La consultation de cette seule source n'encourage donc pas les praticiens à promouvoir et favoriser l'allaitement maternel (80).

Il est nécessaire que les praticiens élargissent leurs champs de connaissances et recherchent des informations fiables, précises, complètes et actualisées comme celle du Livre de HALE : *medications and mother's milk* actualisé en 2016 (81) ou les informations déposées sur le site internet du CRAT.
L'attitude des praticiens va influencer l'initiation et/ou la poursuite de l'allaitement maternel, il est donc important qu'ils soient suffisamment informés des bénéfices/risques lorsqu'ils prescrivent des médicaments.

L'autre raison de sevrage avancée en chirurgie dentaire est un allaitement tardif. En effet, quand l'allaitement est poursuivi au-delà de 12 mois et que des lésions carieuses sont présentes en bouche, le chirurgien-dentiste alerte les mamans sur le risque de développement de ces lésions si l'allaitement se poursuit. Pour les chirurgiens-dentistes qui voient les enfants à partir de 3 ans, il est facile d'évoquer le sevrage alimentaire à travers plusieurs séances au cours desquelles l'avantage pour le bien être de l'enfant sera expliqué à la maman souvent réticente à l'idée de sevrer son enfant. Cependant en France, dans le régime général de sécurité sociale, les bilans bucco-dentaires ne démarrent qu'à 6 ans pour les enfants, ce qui ne pousse pas les mamans à consulter plus tôt les chirurgiens-dentistes. Malgré cela le chirurgien-dentiste a le devoir de prévenir la maman des risques potentiels liés à l'allaitement maternel pour le reste de la fratrie en cours d'allaitement.

Il est nécessaire que les praticiens évoquent le sujet de manière douce et non brutale pour ne pas frustrer la maman au risque de ne plus la voir ni elle, ni l'enfant en consultation. Le chirurgien-dentiste devra faire preuve de patience, maitriser ses connaissances sur l'allaitement avant d'évoquer le sujet et faire un maximum de prévention en matière d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire pour le devenir de l'enfant. De plus l'allaitement maternel exclusif est recommandé pendant 6 mois selon l'OMS. Tous les professionnels de santé devraient avoir cette recommandation en tête afin de bien analyser la situation avant de proposer ou d'imposer de façon injustifiée dans certains cas le sevrage.

Les chirurgiens-dentistes éprouvent souvent des difficultés à évoquer le sevrage alimentaire avec leurs patientes, ils se sentent souvent peu concernés par ce type d'alimentation. Cependant il s'agit d'un mode alimentaire comme un autre où la prévention est nécessaire.

Les chirurgiens-dentistes sont souvent brutaux dans la façon d'aborder le sevrage, il peut y avoir alors une perte de confiance de la mère envers le praticien ce qui peut la pousser à ne plus consulter. Même si la mère a confiance envers le praticien et qu'elle décide de sevrer son enfant, il faut que ce soit un sevrage progressif pour la psychologie de la mère et de l'enfant.

3 Relations patientes-praticiens de santé nécessaires pour un bon accompagnement lors de l'allaitement

Les conseils souvent contradictoires dans l'entourage des mamans notamment par les différents professionnels de santé, pédiatres, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, psychologues, peuvent devenir un obstacle à l'allaitement maternel. Les mamans n'ont généralement pas confiance envers ces personnes qui les entourent et se tournent généralement vers les professionnels qui les ont suivies au cours de leur grossesse tels que les sages-femmes, gynécologues. Elles trouvent souvent plus de réconfort auprès de ces professionnels présents plus longtemps pour elles.

3.1 Accompagner les mamans allaitantes, conseils pour leur santé bucco-dentaire et celle du nourrisson

Il est important que les mamans soient bien accompagnées pendant la période d'allaitement pour leur bien-être et celui du nourrisson. Il est nécessaire que celles-ci se sentent soutenues et en confiance afin de poursuivre l'allaitement le plus longtemps possible dans le temps. Pour cela tous les professionnels de santé autour de la jeune maman doivent s'accorder sur les conseils prodigués, toute contradiction dans leurs propos amènera potentiellement la maman à cesser l'allaitement maternel à la moindre difficulté.

3.1.1 Conseils des chirurgiens-dentistes

Les chirurgiens-dentistes ont un réel rôle de prévention auprès des mamans même s'ils ne sont généralement pas les premiers à être consultés par celles-ci. Les jeunes mamans consultent en priorité les sages-femmes et pédiatres après leur accouchement pour le suivi médical de l'enfant mais n'incluent pas les chirurgiens-dentistes. Or l'odontologie est une discipline importante à prendre en compte dans le suivi médical de l'enfant car la bouche est un organe très stimulé chez le nourrisson de par les poussées dentaires, l'alimentation, la mastication, la déglutition, la phonation et la respiration. Il est important que les chirurgiens-dentistes expliquent les possibles conséquences de l'allaitement maternel sur la santé bucco-dentaire de

l'enfant, en insistant sur les étiologies des lésions carieuses, leur mode de développement et les facteurs déclenchant le développement de ces lésions.

Les conseils des chirurgiens-dentistes en matière d'allaitement sont :

- Un allaitement exclusif pendant six mois comme le recommande l'OMS (13).
- Un allaitement partiel jusqu'à l'âge de deux ans en incluant la diversification alimentaire comme l'indique l'OMS et The American Academy of Pediatric Dentistry (13).
- Proscrire l'allaitement maternel à la demande, nocturne dès l'arrivée des dents temporaires sur arcade pour éviter la survenue de lésions carieuses précoces. Selon l'American Academy of Pediatric Dentistry, le risque carieux est plus élevé chez les enfants allaités pendant plus d'un an après la poussée des dents temporaires (82).
- Une hygiène buccale quotidienne après chaque tétée et prise alimentaire passant par le nettoyage des gencives via des compresses humides puis des dents avec une brosse à dent souple (83).
- L'enfant allaité jusqu'à un certain âge ne doit pas rester au sein trop longtemps ni trop fréquemment, le chirurgien-dentiste évoquera la possibilité de sevrage s'il trouve cela nécessaire pour la santé bucco-dentaire de l'enfant. Si la maman n'est pas prête à sevrer l'enfant, il faudra l'orienter vers le professionnel de santé envers qui elle a le plus confiance (84).
- Eviter de prolonger la durée des tétées.
- L'eau doit être la seule boisson à proposer aux nourrissons en dehors du lait maternel.
- Eviter un apport continu et répété de lait au cours de la journée et de la nuit car cela constitue un apport sucré du fait de la présence de lactose appartenant à la famille des glucides.
- Eviter tout endormissement de l'enfant au sein, cette habitude très vite prise par l'enfant, va persister dès que l'enfant ne saura pas trouver le sommeil le soir ou suite à un réveil dans la nuit.
- Enseigner dès le plus jeune âge les méthodes de brossage, insister sur la notion d'alimentation saine et équilibrée via des messages clairs et cohérents avec l'âge de l'enfant.

- Enseigner à l'enfant très jeune et aux parents surtout qu'il est nécessaire de respecter les rythmes alimentaires et d'éviter tout grignotage, les quatre repas de la journée suffisent au développement de l'enfant.
- Consulter le chirurgien-dentiste tous les 6 mois pour les enfants les plus jeunes et à faible risque carieux et tous les 3 mois pour ceux à risque carieux élevé.
- Les chirurgiens-dentistes recommandent une hygiène buccale dès le plus jeune âge pour les mamans souhaitant allaiter à la demande et une supplémentation fluorée après avoir réalisé un bilan fluoré (29).

Il est important que les chirurgiens-dentistes évoquent ce sujet qu'est l' allaitement maternel auprès des jeunes et/ou futures mamans tout en étant attentifs au fait qu'allaitement maternel ne rime pas nécessairement avec risque carieux. La carie est un processus multifactoriel, il existe un grand nombre de facteurs de risque (insuffisance ou absence d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire, consommation répétée et fréquente d'aliments cariogènes). Il est évident qu'en odontologie tous ces facteurs doivent être présentés et expliqués aux mamans pour que ces dernières aient tous les éléments en main pour bien mener leur allaitement maternel.
En aucun cas les chirurgiens-dentistes ne doivent culpabiliser les mères en leur apportant de fausses informations ou idées reçues, l'ensemble des articles scientifiques vont en faveur d'une absence de lien entre allaitement maternel et le développement de caries. En odontologie, il faut mettre l'accent sur les comportements à risque, souvent associés à de mauvaises habitudes alimentaires, d'hygiène bucco-dentaire qui sont directement à l'origine de l'apparition de lésions carieuses. L'amélioration de l'indice carieux passe donc par une éducation des parents à l'hygiène orale adaptée à l'âge de l'enfant en mettant l'accent sur le nettoyage de la cavité buccale après chaque tétée. Cette prévention passe également par des conseils alimentaires sur la fréquence et le contenu des repas dès le plus jeune âge des enfants afin de limiter le développement de lésions carieuses précoces.

3.1.2 Conseils des pédiatres, sages-femmes et associations

3.1.2.1 Rôle des pédiatres

Les pédiatres, professionnels de santé de la petite enfance, sont très vite en contact avec les mères et les nourrissons. Quels conseils donnent-ils aux jeunes mamans ? Evoquent-ils les mêmes recommandations en matière d'allaitement et de santé bucco-dentaire auprès de celles-ci que les sages-femmes et/ou chirurgiens-dentistes lorsqu'ils sont consultés ?

Le pédiatre est conscient que la santé bucco-dentaire n'est pas une priorité pour les parents. Les soins dentaires sont le besoin de santé le moins pris en compte chez les enfants. Cela s'explique par un pronostic vital de la pathologie carieuse qui n'est que très rarement mis en jeu (85).

Une étude réalisée en 2000 aux Etats-Unis a montré que parmi les enfants de 1 à 4 ans, 85% ont eu recours au médecin et seulement 20% à un chirurgien-dentiste (86).

Dans une revue médicale de 2010, un article ayant pour titre le pédiatre et les dents du tout petit, décrit le fait que les pédiatres ont un rôle majeur à jouer dans la promotion de la santé bucco-dentaire. Cependant beaucoup d'entre eux ont trop peu de connaissances dans ce domaine. 90% des pédiatres déclarent donner les informations suffisantes aux parents mais 50% d'entre eux avouent n'avoir reçu aucune formation à la médecine dentaire durant leurs études. Seuls 9% des pédiatres répondent correctement à 4 questions sur des connaissances dentaires de base (87).

On estimait en 2002 qu'avec une formation de 4h de cours inculquant les bases de la chirurgie-dentaire aux pédiatres, ces derniers pourraient diagnostiquer des lésions carieuses évidentes avec un taux de succès allant de 76% à 100%. De plus, ils pourraient identifier les enfants indemnes de lésions carieuses avec un taux de succès entre 87% et 95% (88) (89).

Une amélioration des connaissances des pédiatres sera très profitable aux parents et est indispensable pour améliorer le diagnostic et la prise en charge précoce des pathologies dentaires de l'enfant (90) (91). Ainsi la santé buccale doit faire partie intégrale de la santé globale de l'enfant. Les pédiatres doivent être capables d'identifier les éventuelles lésions carieuses, de mettre en œuvre des stratégies de prévention et d'orienter le petit patient et les parents vers une thérapeutique dentaire adaptée.

Les pédiatres ont également pris conscience du manque de formation vis-à-vis de l'allaitement maternel, il s'agit pour eux de renforcer leur formation théorique et clinique. Les pédiatres sont également conscients qu'ils sont les premiers médecins vers qui les parents se tournent pour demander conseils sur la croissance et le bon développement des enfants, dans lesquels l'allaitement joue un rôle important. On peut alors se demander pourquoi les chirurgiens-dentistes ne sont pas les premiers à être interrogés par les parents puisqu'en lien direct avec la sphère orale de l'enfant. Ils sont donc beaucoup mieux formés et aptes à répondre aux demandes des parents à ce sujet (92).

Les pédiatres avouent leur méconnaissance sur l'allaitement, et les idées reçues qu'ils en ont, ce qui les poussent dans de nombreux cas à déconseiller l'allaitement (92).

La formation des étudiants en médecine est très insuffisante en matière d'allaitement. Ils ne bénéficient que d'une heure de cours en 4ème année dans le cadre des cours de pédiatrie, puériculture, dont le thème est « allaitement et complications », ce qui n'inclut pas du tout une formation odontologique.

La littérature pédiatrique française consacre peu d'articles à l'allaitement maternel contrairement aux revues internationales. En France on compte une revue majeure française de pédiatrie contre trois majeures en Amérique du nord, Journal of Pediatrics, Pediatrics et American Journal of Diseases of Children. De ce fait, en l'absence d'apports théoriques et pratiques cohérents, la rigueur des professionnels de santé est mise à défaut par des idées reçues ou fausses idées, issues pour la plupart du temps de leur environnement socio-culturel et de leurs expériences professionnelles. Les conseils élémentaires sont méconnus, et il existe

malheureusement une véritable indifférence des professionnels de santé. Ceci n'oriente pas ces professionnels vers une promotion de l'allaitement ni vers un apport d'informations concrètes, pertinentes et appropriées aux mamans.

Les conseils des pédiatres en matière de santé bucco-dentaire sont (81):

- La prévention bucco-dentaire de l'enfant doit tout d'abord intéresser les parents, qui doivent normalement procéder à un nettoyage intra-buccal après chaque prise alimentaire avant 1 an et non pas attendre la diversification alimentaire ou l'apparition des dents pour pratiquer une hygiène buccale. Ce nettoyage dès le plus jeune âge se fait à l'aide de compresses et de sérum physiologique.
- L'intérêt du fluor systémique dans la prévention de la carie n'étant pas remis en cause, la prescription est encore régulièrement faite par voie systémique dès la naissance sous forme de solutions/gouttes buvables puis de comprimés (93).

Concernant l'hygiène bucco-dentaire, on peut remarquer que les pédiatres s'accordent avec les recommandations des chirurgiens-dentistes même s'ils ont une formation beaucoup plus restreinte. Cependant, concernant la prescription de fluor, les pédiatres connaissent les recommandations de l'AFSSAPS mais très peu les appliquent. Dans une étude menée en 2009, soit un an après l'édition des recommandations sur les prescriptions de fluors, 441 pédiatres ont répondu à un questionnaire sur leurs connaissances (94). Les résultats montrent que 97% connaissent les recommandations de l'AFSSAPS mais seulement 21% les appliquent en totalité et 71% partiellement. 26% des pédiatres de cette étude conservent leurs anciennes habitudes de prescription, à savoir du fluor par voie systémique sous forme de comprimés ou solutions/gouttes buvables alors que l'AFSSAPS recommande l'application topique de fluor (95).

Une étude datant de mai 2016, présente le premier outil de détection des erreurs de prescription (prescription inappropriée ou omission de prescription) en pédiatrie (96) .

Cet outil, intitulé POPI peut détecter les erreurs de prescriptions de fluors et les corriger en fonction des dernières recommandations des instances nationales ou

sociétés savantes françaises et anglo-saxonnes (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), Haute Autorité de Santé (HAS), Agence Nationale de Sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Société Française de Pédiatrie (SFP), American Academy of Pedatrics, Cochrane Library). Cet outil devrait ainsi permettre une meilleure prescription des fluorures.

Les conseils des pédiatres en matière d'allaitement maternel (73) :

- Les pédiatres conseillent une hygiène corporelle quotidienne de la mère sans nécessairement un nettoyage des seins avant chaque tétée (54).
- La technique du « cosleeping » (partage de lit) n'est pas encouragée par les pédiatres vu le risque d'étouffement que cette technique comporte. Cependant la technique du « cododo » (nourrisson se trouvant à une distance réduite de la maman) est préconisée pour un allaitement en toute sécurité (73).
- Les pédiatres sont en faveur d'un allaitement maternel à la demande pendant les six premiers mois de vie de l'enfant, ils définissent l'allaitement maternel comme des tétées sans restriction ou induites par le bébé. Selon eux, il est inutile de réveiller un bébé la nuit pour l'allaiter, lui seul doit réguler ses apports nutritionnels rendus possible via l'allaitement maternel à la demande. Entre 1 et 6 mois, la fréquence moyenne des tétées est de 6 à 8 par 24h, tous les bébés de moins de deux mois tètent la nuit ainsi que deux tiers des enfants de 2 à 6 mois (73).
- Le lait de la mère suffit pendant les six premiers mois de vie sans oublier un apport supplémentaire en vitamine D et K jusqu'à la diversification alimentaire (ou le sevrage), en cas de carence martiale une supplémentation en fer peut être apportée à l'enfant (73).
- Les pédiatres évoquent fréquemment les difficultés de l'allaitement côté maman pour raisons médicales (douleurs, irritations, abcès, infections diverses du mamelon). Côté bébé, les raisons médicales et odontologiques fonctionnelles sont évoquées (une succion faible due à une prématurité, une pathologie pendant la période néonatale, une langue rétractée, un frein de langue trop court, une langue qui s'enroule vers le haut, une protrusion de la langue, un bébé qui serre les gencives) (73).

La formation des professionnels de santé est un préliminaire indispensable à la promotion de l'allaitement maternel. L'harmonisation des pratiques doit être l'objectif des équipes soignantes. Le taux d'initiation de l'allaitement maternel en France progresse, il est en 2015 de 65%. Seul 22,9% des enfants sont encore allaités à 6 mois en 2015. La recherche sur l'allaitement maternel doit être encouragée (73).

Pour conclure, une enquête menée en 2004, dans le cadre de la réalisation d'une thèse de recherche en éthique, montre que la relation médecin/chirurgien-dentiste est complexe (97). Leur relation n'est pas inscrite dans un cadre préventif. Les médecins considèrent les chirurgiens-dentistes comme des professionnels de santé à part et jugent leur relation professionnelle avec eux inexistante. En effet, les médecins n'adressent que très rarement leurs patients vers des chirurgiens-dentistes, qui plus est en matière de nutrition. Les chirurgiens-dentistes se considèrent comme peu compétents dans ce domaine pour conseiller leurs patients et les adressent donc vers les médecins On peut donc extrapoler à l'allaitement maternel qui est un mode de nutrition.

3.1.2.2 Rôle des sages-femmes

Les sages-femmes sont généralement les premières professionnelles de santé à être consultées après la naissance. Par conséquent, elles jouent un rôle important auprès des mères souhaitant allaiter. Quels conseils donnent-elles aux jeunes mamans ? S'accordent-elles sur les conseils donnés par le pédiatre et/ou le chirurgien-dentiste lorsqu'ils sont consultés ?

Les sages-femmes s'accordent en faveur de la promotion de l'allaitement maternel. Ce sujet est abordé bien avant la naissance par ces professionnels via les cours de préparation à l'accouchement que les mamans peuvent suivre au cours de leur grossesse. Les sages-femmes évoquent alors les avantages pour la mère et l'enfant, les possibles difficultés que la maman pourra rencontrer, la durée et la fréquence des tétées, l'usage des médicaments, le régime alimentaire de la mère et le sevrage (3) (98) (67).

Un article datant de 2008 et publié dans la Revue sage-femme (99), fait une mise au point sur la place des sages-femmes dans l'évaluation des pratiques professionnelles. Il rappelle que les sages-femmes font partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire autour des mamans. Elles contribuent, de par leur formation initiale et continue, à la qualité des soins et la mise en place de moyens de prévention anté et post-partum, notamment sur l'allaitement maternel.

Concernant la santé bucco-dentaire, les sages-femmes ne reçoivent pas de formation spécifique et ne sont pas en contact direct avec les chirurgiens-dentistes. Cependant, un article publié en 2017 dans la Revue sage-femme (100), décrit l'importance de la relation entre professionnels de santé de la petite enfance. Pendant et après la grossesse, il est nécessaire de prévenir les conséquences issues de mauvaises habitudes alimentaires.

En effet, les périodes pré et postnatales sont les plus propices aux conseils pour les nourrissons car les parents sont très soucieux du bien-être de leurs enfants à ce moment. Les bonnes habitudes se prennent tôt, c'est pourquoi il parait évident que les chirurgiens-dentistes fassent partie de l'équipe pluridisciplinaire de la petite enfance. L'article évoque les recommandations en matière d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire. Il précise que les sages-femmes doivent préconiser une consultation

chez le chirurgien-dentiste avant la fin de première année de vie de l'enfant. Enfin, les avantages de l'allaitement en matière de développement facial sont prônés dans cet article, les sages-femmes peuvent ainsi encore mieux argumenter leurs propos en matière de promotion envers l'allaitement.

Outre la prévention chez le tout petit, les sages-femmes sont à même de réaliser une prévention bucco-dentaire chez les mamans. Dans un autre article publié en 2016 dans la Revue sage-femme (62), il est conseillé aux sages-femmes de rappeler aux futures mamans les liens possibles entre grossesse et santé orale et de faire connaitre les bonnes pratiques de soins dentaires pendant la grossesse et l'allaitement maternel. L'article précise quelques conseils que les sages-femmes peuvent donner aux mamans pendant ces deux périodes :

- Avoir une hygiène alimentaire saine et équilibrée en évitant les grignotages,
- Respecter les conseils d'hygiène bucco-dentaire, à savoir réaliser un brossage après chaque repas avec un dentifrice fluoré, une brosse à dent souple, voire utiliser des bains de bouche fluorés, la supplémentation en fluor n'est plus recommandée pendant la grossesse,
- Encourager les consultations chez le chirurgien-dentiste,
- Relayer les messages de prévention pour l'enfant à naitre : consulter un chirurgien-dentiste dans la première année de vie de l'enfant pour recevoir les conseils d'hygiène buccale et alimentaire.

On peut ainsi constater que les relations entre sages-femmes et chirurgiens-dentistes tendent à évoluer en faveur d'un rapprochement. Même s'ils exercent dans des domaines différents, ces professionnels de santé voient petit à petit la nécessité de mettre en commun leurs connaissances pour le bien-être de leurs petits patients. L'implication de tous les professionnels de santé de la petite enfance est nécessaire au bien-être général de la mère et de son enfant. Tous les professionnels doivent pouvoir répondre aux interrogations et craintes des mères pendant la grossesse ou l'allaitement maternel et planifier, si besoin, une prise en charge préventive et/ou thérapeutique (figure 6).

ARBRE DECISIONNEL POUR ORIENTER VOTRE PATIENTE

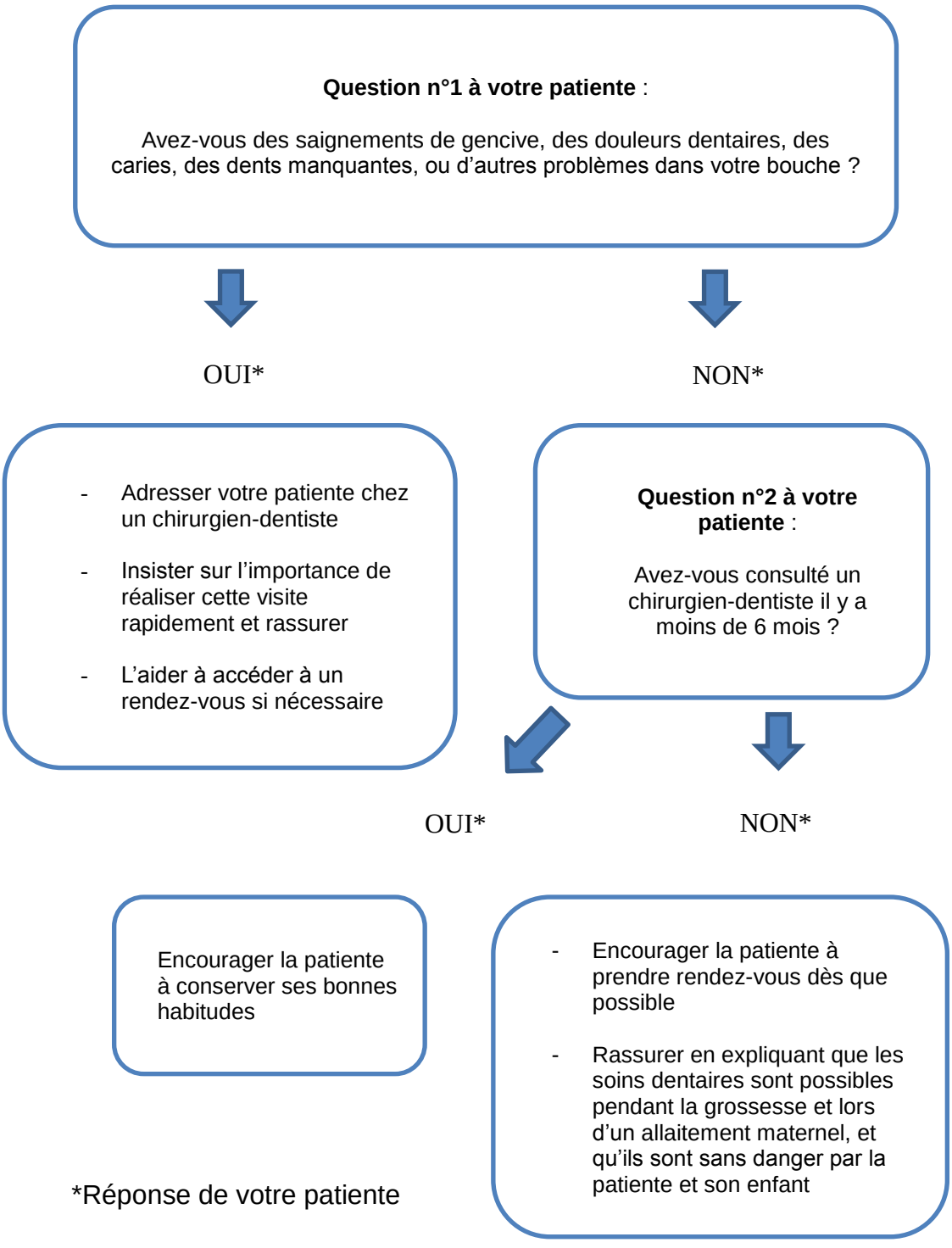

Figure 6 : Arbre décisionnel destiné aux praticiens de périnatalité (60), d'après le *New York State Department of Health* dans *Oral health care during pregnancy and early childhood practice guidelines.*

3.1.2.3 Rôle des associations

De nombreuses associations de soutien à l'allaitement maternel existent en France, une présentation des plus connues sera exposée ici afin d'observer les conseils prodigués aux mamans.

- La *Leche League (LL)* : (*http://lalecheleague.fr)*

Cette association est la plus ancienne des associations de soutien à l'allaitement, créée en 1979. Il existe une *Leche League* France avec 160 antennes locales et Internationales avec une présence dans plus de 70 pays. La LL est cofondatrice de la *CoFAM* (*Coordination Française pour l'Allaitement Maternel)*(101). Cette association comprend un comité scientifique composé d'une sage-femme, d'un pédiatre, d'un sociologue, d'un anthropologue, et d'un professeur de pharmacologie. Aucun chirurgien-dentiste ne fait partie de ce comité. La LL se base sur 10 valeurs décrites dans *l'Art de l'allaitement maternel,* ces valeurs décrivent un allaitement maternel exclusif, prolongé et à la demande. L'association prône un allaitement maternel sur une période aussi longue que possible jusqu'à ce que l'enfant n'en éprouve plus le besoin (101).

- La *Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM) : (http://www.coordination-allaitement.org)*

Cette association a été créée en 1999. Elle travaille avec l'OMS et l'UNICEF afin de respecter *« la déclaration d'Innocenti* » sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Cette association organise notamment la Journée Nationale de l'Allaitement et la Semaine Mondiale de l'Allaitement maternel. Elle est constituée d'un comité éthique et scientifique, afin de valoriser au mieux l'allaitement auprès des jeunes mamans et des professionnels de santé. Elle œuvre pour la protection et le soutien de l'allaitement maternel (102).

- L'association *Action Pour l'Allaitement (APA)* membre de la *Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM), du Réseau International des groupes d'action pour l'allaitement infantile (IBFAN)* et de *l'Alliance Mondiale pour l'Allaitement (WABA) : (http://action.allaitement.fr)*

Cette association a été créée en 1984 suite aux abandons trop fréquents d'allaitement dus aux conseils contradictoires des personnels de santé et propose un service d'informations, de conseils téléphoniques. L'APA est constituée pour moitié de mamans ayant une expérience vis-à-vis de l'allaitement et de professionnels de santé.

Cette association est régulièrement sollicitée par les écoles de sages-femmes, d'infirmières, de puéricultrices et d'aides-soignantes pour compléter leur formation. L'APA est en contact avec 1680 partenaires médicaux et paramédicaux tels que les médecins généralistes, pédiatres, gynécologues, sages-femmes, diététiciennes, nutritionnistes, kinésithérapeutes, pharmaciens, Protection Maternelle Infantile (PMI), maternité) On peut remarquer que les chirurgiens-dentistes ne sont pas concernés par ce partenariat. Cette association a pour objectif de montrer l'importance de faire confiance au bébé qui va savoir naturellement se nourrir et à la maman qui saura intuitivement l'allaiter.

- Les maternités ayant le label « *Hôpital ami des bébés* » : (https://amis-des-bebes.fr)

Ce label a été créé par des professionnels de santé bénévoles. Il est attribué par l'UNICEF- OMS. Pour obtenir ce label il faut 10 conditions dont 2 interpellent les chirurgiens-dentistes parce qu'en rapport avec la sphère orale : « Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni boisson autre que le lait maternel sauf indications médicales » et « Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant ». Il montre l'engagement des maternités dans la promotion et le soutien de l'allaitement maternel. Ce label va également dans le sens du soutien à l'allaitement maternel et de la confiance que les professionnels doivent accorder aux mamans. Enfin, les maternités pourvues de ce label ont pour objectif d'améliorer l'information auprès des femmes enceintes souhaitant ou non allaiter, la qualité d'accueil des nouveau-nés et d'accompagner les parents selon les recommandations de l'OMS et l'UNICEF.

- L'association *Galactée : (https://www.galactee.org)*

Elle a été créée dans les années 80. Elle est essentiellement composée de mères ayant toutes au moins une expérience d'allaitement. L'objectif de *Galactée* est d'informer les futures mères sur tout ce qui concerne l'allaitement.

- L'association des *consultantes en lactation (IBCLC) : (http://consultants-lactation.org)*

Ces consultantes en lactation sont certifiées par un diplôme international IBCLE (International Board of Lactation Consultant Examiner), elles assurent des consultations mère-enfant, donnent des conseils, informations et accompagnent. Elles collaborent avec tous les acteurs de santé en pré et postnatal, proposent des formations aux professionnels de santé et participent à des programmes de soutien à l'allaitement maternel. Une fois de plus les chirurgiens-dentistes ne sont pas intégrés dans les acteurs de santé présents en pré et postnatal.

- L'association *Information Pour l'Allaitement (IPA) : (http://www.info-allaitement.org)*

Elle a été créée en 1996. Elle constitue un centre ressource pour les professionnels de santé au niveau national en s'appuyant sur les recommandations de l'OMS, de l'UNICEF et d'articles scientifiques. Elle relaye des informations sur l'allaitement maternel auprès du grand public et des professionnels de santé, elle défend l'allaitement, réalise des outils de promotion de l'allaitement pour les professionnels de santé et les parents.

- L'*Organisme Mondiale de la Santé (OMS) : (http://www.who.int/about/fr)*

L'*OMS* est une association à but non lucrative active dans 150 pays. Elle recommande un allaitement maternel exclusif pendant six mois et la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans. Selon l'OMS, le développement de l'enfant commence au sein maternel, cette organisation pousse les professionnels de santé à promouvoir l'allaitement maternel. Selon eux, les données à l'appui de l'allaitement exclusif dès la naissance en tant que fondement du développement dans la petite enfance sont indiscutables. Les études publiées dans The Lancet confirment le fait qu'un enfant allaité exclusivement durant 6 mois à de meilleures chances d'épanouissement durant son enfance et son adolescence. L'allaitement

maternel exclusif durant six mois favorise un développement physique et mental optimal de l'enfant.
L'OMS souligne le fait que les politiques pourraient s'investir davantage en matière de promotion d'allaitement maternel exclusif en prolongeant le congé maternité ou en renforçant les soins dans les maternités en intégrant des conseils sur l'allaitement. L'OMS a pour but d'ici 2025 d'augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois à 50% (103). Sachant qu'une dernière enquête réalisée en 2017 par le collectif mondial pour l'allaitement maternel montre que sur 194 pays, 40% des enfants de moins de 6 mois sont allaités exclusivement au sein (104).

L'OMS évoque 10 conditions pour le succès de l'allaitement dont 6 concernent les professionnels de santé ; elles visent à améliorer les taux d'allaitement maternel à la sortie des maternités et augmenter la durée de celui-ci (73) :

- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants,
- Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires à la mise en place de cette politique,
- Informer toutes les femmes enceintes des avantages que leur procurera l'allaitement maternel ainsi que les bénéfices pour leur enfant,
- Aider les mères à débuter l'allaitement maternel dans la demi-heure suivant la naissance,
- Ne donner au bébé aucun aliment, ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale,
- Encourager l'allaitement au sein à la demande.

Les derniers conseils et recommandations (2017) en matière d'allaitement maternel selon l'OMS sont :

- De 6 mois à 2 ans, l'allaitement doit être complété par des aliments solides tels que les fruits et les légumes en purée mais le nombre de tétées ne doit pas diminuer, les aliments liquides ne doivent pas être donnés au biberon, donner des aliments non cariogènes,
- L'allaitement au sein doit commencer dans l'heure suivant la naissance,
- L'enfant doit être allaité à la demande aussi souvent qu'il le souhaite de jour comme de nuit (105).

- L'OMS conclut sur le fait que la société n'est pas solidaire envers les femmes souhaitant allaiter et qu'il faut améliorer cela.

- L'*Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé*(*ANAES) :* (*https://www.has-sante.fr)*

L'ANAES est l'ancienne appellation de la Haute autorité de santé (HAS), ce changement d'appellation est tel depuis 2005. L'HAS est une autorité publique indépendante contribuant à la régulation du système de santé par sa qualité. Elle a pour missions d'évaluer les produits de santé et les pratiques professionnelles. L'ANAES publie en 2002 une recommandation pour la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement maternel dans les six premiers mois de vie de l'enfant où la promotion de l'allaitement maternel est l'un des objectifs du Programme National Nutrition Santé (PNNS) (29). En 2006, la HAS publie un guide d'évaluation et d'amélioration des pratiques cliniques visant tous les professionnels de santé regroupés autour de l'allaitement maternel.

- *L'United Nations of International Children's Emergency Fund (UNICEF) :* (*https://www.unicef.org/fr)*

L'UNICEF recommande un allaitement maternel exclusif pendant 6 mois pour les besoins nutritionnels des enfants qui ont besoin pendant cette période uniquement que du lait maternel, même l'eau n'est pas nécessaire selon eux. Cet organisme recommande d'autant plus cet allaitement exclusif pendant 6 mois en raison d'un taux de mortalité élevé dans certaines régions du globe, la mortalité étant due à une sous nutrition. Via cette promotion, le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois est passé de 36% en 2011 à 43% en 2014 (106). L'UNICEF recommande de poursuivre l'allaitement maternel au-delà de 6 mois et au-delà de 2 ans également (107).

- *Solidarilait : (www.solidarilait.org)*

Cette association nationale créée au début des années 80. Elle est l'une des rares à coordonner les conseils de mamans ayant eu une expérience d'allaitement et ceux de professionnels de santé. *Solidarilait* est basée sur l'écoute, le partage, l'échange autour de l'allaitement sans jugement ni culpabilisation des mères. C'est un réseau de solidarité soutenant les mères désirant allaiter quel que soit leur projet

d’allaitement (fréquence, durée). Il y a une réelle éthique dans leur façon de procéder afin que les mamans soient le plus à l’aise possible avec leurs convictions et projets d’allaitement maternel (108).

On peut conclure que les associations vont toutes dans le même sens en ce qui concerne la promotion de l’allaitement, certaines prônent un allaitement exclusif, à la demande et prolongé et d’autres émettent un peu plus de retenue dans leurs propos. Cependant, il est fait état que dans aucune association on ne parle de santé bucco-dentaire, ni du lien allaitement maternel-hygiène orale du nourrisson. Dans les associations ayant des comités scientifiques les chirurgiens-dentistes sont écartés.

Les mamans qui se rapprochent de ces associations sans avoir d’avis médicaux ou paramédicaux en parallèle n’auront que ces conseils en matière d’allaitement. Les conseils des professionnels de santé devraient être couplés systématiquement à ceux des associations afin que les mères prennent les meilleures décisions pour leur enfant.

On peut tout de même préciser que seule l’association *Solidarilait* évoque la nécessité de coordonner les conseils des mères expérimentées avec ceux des professionnels de santé, ce qui est un bon point pour un accompagnement adapté et complet de l’allaitement maternel.

3.2 Education des chirurgiens-dentistes sur l'allaitement maternel

3.2.1 La prévention : rôle princeps du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste a un rôle de prévention avant tout. Préventions primaire et secondaire auprès des mères allaitantes et de leurs enfants doivent être réalisées par ces professionnels de santé afin d'éviter la survenue de mauvaises habitudes d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, responsables de l'apparition des lésions carieuses.

La prévention primaire consiste à éviter l'apparition d'une maladie en agissant sur les facteurs de risque (95). Dans le cas de l'allaitement, il faudra mettre l'accent sur cette prévention auprès des mamans, en leur expliquant les conséquences que peut avoir un allaitement tardif et à la demande sans hygiène bucco-dentaire.

La prévention secondaire vise à dépister et intercepter les signes précoces d'une maladie. Le dépistage se fera par un interrogatoire et un examen clinique permettant d'élaborer une stratégie adaptée à chaque individu (95). Cette prévention secondaire est mise en place, dans le cadre de l'allaitement via le bilan bucco-dentaire pour les femmes enceintes réalisable dès le 4ème mois de grossesse. Les praticiens, au cours de cette consultation doivent prodiguer les conseils en matière d'hygiène bucco-dentaire et d'alimentation pour les mères et leurs nourrissons.

Une enquête épidémiologique a été menée en 2006 par le service de protection maternelle et infantile et le département d'odontologie pédiatrique de l'université de Nancy auprès de 322 enfants scolarisés âgés de 4 ans (109). Après examen bucco-dentaire réalisé par un chirurgien-dentiste et un questionnaire rempli par les parents, les résultats ont montré qu'un enfant sur trois était porteur de caries. Les parents laissaient largement paraitre dans leurs réponses, un manque de connaissances sur la carie et les moyens de prévention existants tels que la prise de fluor pour éviter l'apparition des lésions carieuses.

Selon les recommandations de l'AFSSAPS de 2008 (110), la prévention de la carie dentaire passe par 4 points essentiels :

- L'éducation à une hygiène bucco-dentaire adaptée,
- L'éducation à une hygiène alimentaire saine et équilibrée,
- Une bonne utilisation des fluorures,
- Une consultation précoce et régulière chez le chirurgien-dentiste.

L' AFSSAPS a émis en 2008, des recommandations en matière de prescription de fluorures, d'hygiène bucco-dentaire et d'alimentation en fonction du risque et de l'âge de l'enfant dans le cadre de ces préventions primaire et secondaire (tableau 7).

Tableau 7: Recommandations en matière de prescription de fluor, d'hygiène bucco-dentaire et d'alimentation (95).

Age	Fluor	Hygiène bucco-dentaire	Alimentation
0-6 mois	Topique sans objet et systémique non fondé*	RAS	Privilégier le sein
6 mois-3 ans	Systémique à l'aide de comprimés à faire fondre dans la bouche répartis en 2 prises, à une posologie de 0.05mg/kg/24h sans dépasser 1mg/24h en cas de RCI élevé et après bilan fluoré	Nettoyage des dents avec une compresse dès l'apparition des 1ère s dents sans dentifrice au départ Brossage au moins 1 fois par jour avec un DF <500 ppm réalisé par un adulte	Sevrage à partir de 6 mois. Risque lié au contenu du biberon après 6 mois notamment lors de prises répétées ou nocturne (identique pour l'allaitement au sein) Diversification alimentaire (apprentissage de la mastication important)
3-6 ans		Brossage au moins deux fois par jour avec DF à 500 ppm réalisé ou assisté par un adulte	Attention au grignotage (goûter consistant et alimentation équilibrée)
6-18 ans	Comprimés à faire fondre dans la bouche sans dépasser 1mg/24h en cas de RCI élevé et après bilan fluoré jusqu'à l'évolution des 2ème molaires permanentes (12 ans)	Brossage au moins 3 fois par jour avec DF entre 1000 et 1500 ppm voire à plus forte teneur après 10 ans Possibilité de bain de bouche fluoré	Respecter les rythmes alimentaires et éviter les prises trop fréquentes de boissons gazeuses (sodas même « light »)

*Absence de données consensuelles - Abréviations : DF= Dentifrice Fluoré ; RCI= Risque Carieux Individuel

En ce qui concerne la prévention des lésions carieuses par la prescription de fluor, l'action topique est à privilégier de l'action systémique. Pour le fluor en utilisation topique il existe :

- les dentifrices et les vernis fluorés pour les dents temporaires,
- les dentifrices et bains de bouche fluorés pour les dents permanentes ainsi que les scellements de sillons des molaires anfractueuses ou chez les enfants à haut risque carieux individuel (95).

Les fluorures à action topique prescrits en période post-éruptive sont plus efficaces que les fluorures prescrits par voie systémique en période pré-éruptive. En effet, l'efficacité cario-protectrice est liée à des apports faibles mais réguliers de fluorures à la surface de l'émail dentaire. Des bilans personnalisés concernant les apports journaliers de fluor avant 6 ans, sont obligatoires avant toute prescription de fluorures par voie systémique (110).

La consultation précoce chez un chirurgien-dentiste doit se faire dans la première année de vie de l'enfant. Elle permet de déterminer le risque carieux du jeune enfant, prodiguer les conseils d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire et évaluer voire optimiser la supplémentation en fluor. L'évaluation du mode alimentaire de l'enfant permettra de constater le niveau de sevrage de l'enfant vis-à-vis du sein. La diversification alimentaire est recommandée à partir de 6 mois, répartie en 4 prises alimentaires par jour et éviter un allaitement prolongé et à la demande le jour et la nuit (111).

Le chirurgien-dentiste a donc un rôle important à jouer au cours de l'allaitement maternel. Il a pour cela, de nombreux outils à sa disposition pour prévenir la maladie carieuse susceptible d'apparaitre suite à de mauvaises habitudes alimentaires telles qu'un allaitement maternel prolongé, à la demande et/ou nocturne.

3.2.2 Formation des chirurgiens-dentistes

Le chirurgien-dentiste a un rôle de prévention nécessaire dès le plus jeune âge mais celui-ci requiert formation et disponibilité. Mais aujourd'hui en France, les actes de prévention ne sont pas valorisés par l'état. En effet, il n'y a pas de cotation au niveau de la sécurité sociale donc pas de tarification de cet acte.

Le régime de santé français actuel n'encourage guère les praticiens à faire de la prévention au cabinet, acte chronophage, non tarifé, non reconnu selon les chirurgiens-dentistes par l'état et la sécurité sociale. Même si les bilans bucco-dentaires ont été mis en place en 2014 chez l'enfant dès 6 ans, nombreux praticiens remarquent qu'à cet âge les caries sont bien présentes en bouche et qu'ils sont dans l'intervention plutôt que dans la prévention. Il serait judicieux de rajouter un bilan bucco-dentaire chez les enfants plus jeunes, dès 3 ans par exemple comme dans le régime MSA pour que cette prévention soit réelle. Un relai des messages de prévention devrait être réalisé par des campagnes médiatiques pour sensibiliser une population ne consultant pas fréquemment le chirurgien-dentiste (84).
L'Académie américaine de dentisterie pédiatrique recommande une première visite chez le dentiste 6 mois après éruption de la première dent lactéale, soit 1 an après la naissance de l'enfant suivi de rendez-vous bi-annuels. Ces rendez-vous peuvent sembler précoces en France cependant ils sont très utiles en matière de prévention et donc impératifs pour une bonne santé bucco-dentaire (112).

Les jeunes praticiens sont formés, dès leur entrée en deuxième année universitaire aux méthodes de prévention bucco-dentaire tant sur l'hygiène que l'alimentation. Pour les chirurgiens-dentistes plus anciennement diplômés, il est nécessaire de renforcer la formation continue sur ce sujet de prévention et les convaincre que le temps passé à prévenir ne peut que guérir la maladie carieuse, sans toutefois l'éradiquer.

Outre les connaissances des chirurgiens-dentistes en matière de prévention bucco-dentaire, les professionnels de santé bucco-dentaire devraient avoir dans leur cursus professionnel initial ou continu, des formations concernant l'allaitement maternel. Des enseignements sur la prise en charge des femmes enceintes sont

réalisés, à Lille par exemple, via des cours dispensés en 3ème et 4ème années par la sous-section d'odontologie pédiatrique.
La prise en charge des patientes allaitantes diffère légèrement de celle de la femme enceinte, notamment en laissant aux chirurgiens-dentistes plus de laxité dans les soins et prescriptions. En effet, comme vu précédemment, tous les soins sont possibles chez une femme allaitante (25) (62) et la majorité des médicaments peuvent être prescrits (67) .

Les conseils de prévention doivent être délivrés aux patientes en cours d'allaitement sur leur alimentation et l'hygiène du nouveau-né. Pour cela, il faudrait que les chirurgiens-dentistes aient connaissance des dernières recommandations concernant les soins dentaires et allaitement et reçoivent eux-mêmes les conseils à délivrer à leurs patientes.

Des formations en nutrition existent pour les chirurgiens-dentistes qui souhaitent approfondir leurs connaissances en matière d'allaitement maternel afin de mieux renseigner leurs patientes (113). Cette formation, dispensée par des diététiciens, évalue l'alimentation de chacune pour une intervention adaptée. Les diététiciens se rendent auprès des chirurgiens-dentistes directement dans les cabinets pour appliquer les cours théoriques auprès des patientes.

Le Conseil de l'Ordre précise tout de même que le développement professionnel continu (DPC) est obligatoire depuis 2012 (114).
Les objectifs de ce DPC sont :

- L'évaluation des pratiques professionnelles,
- Le perfectionnement des connaissances,
- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
- Prise en compte des priorités de santé publique et maitrise des dépenses de santé.

L'allaitement maternel est un enjeu de santé publique important. Cependant aucune formation sur l'allaitement n'est répertoriée auprès des Conseils de l'Ordre.

3.3 Question éthique : quelle place occupe le chirurgien-dentiste dans l'allaitement maternel ?

3.3.1 Ethique, allaitement et chirurgie-dentaire

La question éthique en odontologie est un concept récent. La chirurgie dentaire est une discipline médicale à part entière mais nombreux médecins considèrent les chirurgiens-dentistes comme un corps médical à part, s'attachant uniquement aux demandes fonctionnelles, douloureuses et esthétiques de leurs patients. Ainsi, on peut se demander quelles sont les valeurs éthiques en chirurgie-dentaire ?

Un article publié en 2016 dans une revue de santé publique, questionne sur les valeurs éthiques des chirurgiens-dentistes (115) . Ils doivent répondre aux mieux aux attentes et demandes des patients, dans le respect des personnes, via une réflexion éthique et sociale. Cependant, 95% de la population de chirurgiens-dentistes en France exercent en libéral, seuls, ils ne sont pas nécessairement informés de tous les enjeux de santé publique.

Parmi les sujets « d'éthique odontologique » on retrouve :

- L'exclusion : de nombreuses patientes allaitantes se voient refuser des soins si elles ne cessent pas l'allaitement pendant les périodes de soins,
- La relation de soin dans laquelle le chirurgien-dentiste et la patiente sont tous deux co-acteurs de santé. Une femme refusant le sevrage de son enfant pendant les soins dentaires doit pouvoir exprimer cette volonté sans jugement et doit être rassurée par le professionnel,
- La prévention est un véritable enjeu de santé publique. Il est nécessaire que les chirurgiens-dentistes soient formés aux méthodes de prévention adaptées à chaque situation comme celle de l'allaitement afin d'assurer le bien-être des mamans et des jeunes enfants,
- Les implications sociales des professionnels. Les chirurgiens-dentistes devraient avoir à l'esprit qu'ils exercent un métier technique et social.

Au cours de la Journée Nationale de l'Allaitement maternel en 2006, une sage-femme s'exprime sur l'éthique et l'efficacité de la communication autour de l'allaitement (74). Elle précise que la promotion en faveur de l'allaitement est en évolution, de par les associations et une meilleure formation des professionnels de santé. Cependant elle les met en garde quant à un possible effet de mode. Elle questionne sur la façon de communiquer des professionnels de santé, avec éthique et efficacité sur l'allaitement. L'allaitement peut paraitre pour certains praticiens un geste intime et personnel qu'ils préfèrent ne pas évoquer par pudeur vis à vis de leurs patientes. On peut se demander si ce n'est pas le cas des chirurgiens-dentistes. Certains culpabilisent les mamans quant aux possibles conséquences d'un allaitement sur les dents de leurs enfants. L'ingérence ou l'abstention sont deux dérives de communications fréquemment observés en France auprès des professionnels de santé y compris des chirurgiens-dentistes. Ils dictent les « bonnes » conduites selon eux, que les patientes doivent adopter, ou s'abstiennent de communiquer sur l'allaitement.

Les résultats d'une enquête menée sur 3 ans, par la faculté de Paris et publiés en 2015 montrent l'importance de l'enseignement de la bioéthique dans le cursus odontologique (116). Cet enseignement permet aux étudiants de développer des compétences pour analyser une stratégie sociale efficace de soins dentaires. Concernant les soins chez les patientes allaitantes, l'éthique est une valeur qui permettrait aux praticiens d'améliorer leurs relations avec les mamans.

Le concept d'éthique odontologique a pour but d'orienter les relations chirurgiens-dentistes-patientes vers une relation plus sereine, confiante, respectueuse et responsable. L'amélioration de la prise en charge des femmes allaitantes et des enfants par les chirurgiens-dentistes repose sur des valeurs éthiques. Elles leur permettent de communiquer avec efficacité autour de l'allaitement. Les principes éthiques de bienfaisance doivent être appliqués dans le domaine dentaire. Lorsqu'un soignant est confronté à une femme allaitante, la confiance dans la relation soignant-soigné s'installera plus facilement si ces principes sont appliqués.

3.3.2 La place des chirurgiens-dentistes dans l'allaitement maternel

Le chirurgien-dentiste est un médecin avant-tout, un véritable co-acteur avec les autres personnels médicaux. Ils ne doivent pas être considérés comme de simples techniciens mais des médecins humains exerçant dans le respect de leurs patients. Les médecins ont remarqué depuis quelques années, que les jeunes chirurgiens-dentistes sont formés à une nouvelle conception de la profession : l'odontologie est une pratique sociale comme la médecine. Rappelons que les chirurgiens-dentistes prêtent serment en fin de cursus. Serment d'Hippocrate, identique à celui des jeunes médecins diplômés (115).

Quelle place occupe l'odontologie dans l'allaitement maternel ?

Comme vu précédemment, le chirurgien-dentiste n'est que très peu consulté par les patientes allaitantes, sauf en cas de demandes purement dentaires (douleurs, infections, demandes esthétiques).

Cependant l'allaitement a un véritable impact fonctionnel sur le développement de l'enfant (25), le chirurgien-dentiste devrait, par conséquent, être plus impliqué dès la mise en place de l'allaitement. Les chirurgiens-dentistes pourraient être présents dans les équipes pluridisciplinaires de la maternité afin de donner les conseils adaptés aux parents.

Conclusion

Les idées reçues sur l'allaitement maternel en odontologie sont nombreuses. Côté patientes, on peut entendre : « un bébé, une dent » ; « les chirurgiens-dentistes ne soignent pas les mères allaitantes ni les enfants allaités » et côté praticiens : « l'allaitement est responsable des caries chez les jeunes enfants » ; « on ne peut pas prescrire de médicaments à une femme allaitante » etc…

Ces idées reçues peuvent avoir plusieurs explications : le chirurgien-dentiste n'est pas un professionnel de santé très apprécié de la population, il n'a pas de contact quotidien avec les mères allaitantes et les informations délivrées par le chirurgien-dentiste sont généralement sommaires.

Des stratégies sont pourtant mises en place en France afin de promouvoir l'allaitement maternel auprès des populations et des professionnels comme les moyens de prévention mis en place par l'état via les bilans bucco-dentaires durant la grossesse et pour les enfants dès 6 ans. Les professionnels médicaux entourant la mère et son nouveau-né tels que les pédiatres et sages-femmes sont en faveur de l'allaitement maternel et les associations de soutien à l'allaitement maternel sont nombreuses sur le territoire.

Ainsi, ce travail a pu démontrer que des progrès doivent être réalisés en France, concernant la formation des chirurgiens-dentistes sur l'allaitement maternel et celle des pédiatres en odontologie. Les relations et la communication entre professionnels de santé de la petite enfance et des maternités avec les chirurgiens-dentistes sont à améliorer. Les conseils délivrés aux mamans par les pédiatres, sages-femmes, associations et chirurgiens-dentistes sur les modes de nutrition, leurs avantages et inconvénients et l'hygiène bucco-dentaire doivent converger pour le bien-être des mères et leurs enfants. Les chirurgiens-dentistes sont des professionnels de santé considérés comme un corps médical à part par les médecins et autres professions paramédicales. Ils ne sont pas du tout intégrés dans les programmes de promotion d'allaitement à l'heure actuelle. Les chirurgiens-dentistes restent cependant, des médecins avant tout, ils doivent pouvoir apporter des conseils appropriés aux

mamans allaitantes tout en respectant une éthique professionnelle pour tendre vers une relation praticien-patiente sereine et confiante.

L'allaitement maternel est un acte qui s'installe dans la durée et qui peut avoir des conséquences sur la santé bucco-dentaire des enfants. Des actions d'éducation pourraient alors être élaborés en collaboration en chirurgie-dentaire avec les pédiatres, puéricultrices et sages-femmes afin de donner les conseils appropriés aux jeunes mamans souvent en manque d'informations sur les avantages et inconvénients de l'allaitement maternel sur la santé bucco-dentaire de leurs enfants.

Références bibliographiques

1. DREES. Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance [Internet]. [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er958.pdf

2. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Chouraqui J-P, et al. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues0929693Xv20sS2S0929693X13722516 [Internet]. 23 juill 2014 [cité 16 mai 2017]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/909929/resultatrecherche/8

3. Chantry AA, Monier I, Marcellin L. Allaitement maternel (partie 1) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. Recommandations pour la pratique clinique. Rev Sage-Femme. 1 févr 2016;15(1):41-50.

4. Bidat E. L'allaitement maternel protège le nourrisson de l'allergie : contre. Rev Fr Allergol. 1 avr 2010;50(3):292-4.

5. Sly PD, Holt PG. Breast is best for preventing asthma and allergies--or is it? Lancet Lond Engl. 21 sept 2002;360(9337):887-8.

6. Van Bever HP, Shek LP-C, Lim DL, Lee BW. Viewpoint: are doctors responsible for the increase in allergic diseases? Pediatr Allergy Immunol Off Publ Eur Soc Pediatr Allergy Immunol. sept 2005;16(6):464-70.

7. Grimshaw KEC, Allen K, Edwards CA, Beyer K, Boulay A, van der Aa LB, et al. Infant feeding and allergy prevention: a review of current knowledge and recommendations. A EuroPrevall state of the art paper. Allergy. oct 2009;64(10):1407-16.

8. Kramer MS, Matush L, Vanilovich I, Platt R, Bogdanovich N, Sevkovskaya Z, et al. Effect of prolonged and exclusive breast feeding on risk of allergy and asthma: cluster randomised trial. BMJ. 20 oct 2007;335(7624):815.

9. Nagel G, Büchele G, Weinmayr G, Björkstén B, Chen Y-Z, Wang H, et al. Effect of breastfeeding on asthma, lung function and bronchial hyperreactivity in ISAAC Phase II. Eur Respir J. mai 2009;33(5):993-1002.

10. Freund C, Mirabel L, Annane K, Mathelin C. Allaitement maternel et cancer du sein. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 oct 2005;33(10):739-44.

11. Walburg V, Goehlich M, Conquèt M, Chabrol H, Callahan S, Schölmerich A. Les représentations de l'alimentation du bébé: Première partie : une étude comparative entre mères françaises et allemandes. J Thérapie Comport Cogn. 1 déc 2007;17(4):150-5.

12. Masson E. Allaitement maternel (partie III) : complications de l'allaitement – Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. EM-Consulte. [cité 25 oct 2017]. Disponible sur: http://www.em-consulte.com/article/1015624/alertePM

13. OMS | Allaitement maternel [Internet]. WHO. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/fr/

14. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. J Pédiatrie Puériculture. mai 2009;22(3):112-20.

15. Bonet M, Foix L'Hélias L, Blondel B. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003. Arch Pédiatrie. 1 sept 2008;15(9):1407-15.

16. Noirhomme-Renard F, Close M, Gosset C. Représentations et expérience des pères « primipares » de l'allaitement maternel : lien avec la durée de l'allaitement. J Pédiatrie Puériculture. 1 févr 2015;28(1):7-15.

17. Christelle. AA 92 : La santé dentaire de l'enfant allaité et de sa mère [Internet]. [cité 1 nov 2017]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/1655-aa-92-la-sante-dentaire-de-lenfant-allaite-et-de-sa-mere

18. Christelle. On peut allaiter ET se soigner [Internet]. [cité 2 nov 2017]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/vous-informer/actualites/1645-on-peut-allaiter-et-se-soigner

19. Mollet E. Grossesse et santé bucco-dentaire : étude prospective des connaissances, habitudes d'hygiène orale et fréquence de consultation chez le chirurgien-dentiste des femmes enceintes. [Lille, France]; 2015.

20. Hamada H, Chala S, Barkat A, Lakhdar A. Évaluation de l'effet du travail sur la pratique de l'allaitement maternel. Arch Pédiatrie. 1 août 2017;24(8):720-7.

21. Guillaumon A, Trombert-Paviot B, Vallée J, Weiss S, Patural H. Initiation de l'allaitement maternel et sevrage précoce : étude prospective du réseau périnatalité Loire–Nord Ardèche. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 juin 2013;41(6):351-5.

22. Ego A, Dubos JP, Djavadzadeh-Amini M, Depinoy MP, Louyot J, Codaccioni X. Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. Arch Pédiatrie. 1 janv 2003;10(1):11-8.

23. Callendret M, Gelbert-Baudino N, Raskovalova T, Piskunov D, Schelstraëte C, Durand M, et al. Observance des pratiques professionnelles recommandées en maternité et réduction du risque de sevrage de l'allaitement maternel dans les six premiers mois de vie. Arch Pédiatrie. 1 sept 2015;22(9):924-31.

24. Code du travail - Article L1225-30. Code du travail.

25. Kacet L, Jollant B, Dehaynin E. Grossesse et chirurgie dentaire. Rueil-Malmaison : Éd. CdP, impr. 2015, cop. 2015.; 2015. (Collection Mémento / dirigée par Pierre-Hubert Dupas).

26. Raymond J-L. Approche fonctionnelle de l'allaitement et malocclusions. Rev Orthopédie Dento-Faciale. 1 sept 2000;34(3):379-402.

27. Labbok MH, Hendershot GE. Does breast-feeding protect against malocclusion? An analysis of the 1981 Child Health Supplement to the National Health Interview Survey. Am J Prev Med. août 1987;3(4):227-32.

28. Doğramacı EJ, Peres MA, Peres KG. Breast-feeding and malocclusions: The quality and level of evidence on the Internet for the public. J Am Dent Assoc 1939. oct 2016;147(10):817-25.

29. Valera M-C, Duran E, Domine S, Bailleul-Forestier I. Allaitement maternel et risque carieux. RFOP Rev Francoph Odontol Pédiatrique. 2013;8(2):58-63.

30. Chateau ME, Charron C, Couly G, Delaire J. Orthopédie dento-faciale. croissance, embryologie, histologie, occlusion, physiologie. [Texte imprimé]. Paris : Éd. CdP, 1992, cop. 1993 (43-Malesherbes : Impr. Maury); 1992. (Orthopédie dento-faciale: 1).

31. Agarwal SS, Sharma M, Nehra K, Jayan B, Poonia A, Bhattal H. Validation of Association between Breastfeeding Duration, Facial Profile, Occlusion, and Spacing: A Cross-sectional Study. Int J Clin Pediatr Dent. juin 2016;9(2):162-6.

32. Ngom PI, Diagne F, Diouf JS, Ndiaye A, Hennequin M. Prévalence et facteurs associés aux habitudes de succion non nutritive. Étude transversale chez des enfants sénégalais âgés de 5/6 ans. Orthod Fr. 1 juin 2008;79(2):99-106.

33. Diouf JS, Ngom PI, Badiane A, Cisse B, Ndoye C, Diop-Ba K, et al. Influence du mode d'allaitement et des habitudes de succion non nutritives (HSNN) sur les mensurations des arcades dentaires temporaires. Int Orthod. 1 déc 2010;8(4):372-85.

34. Diouf JS, Ngom PI, Badiane A, Cisse B, Ndoye C, Diop-Ba K, et al. Influence of the mode of nutritive and non-nutritive sucking on the dimensions of primary dental arches. Int Orthod. déc 2010;8(4):372-85.

35. Debry G, éditeur. Lait, nutrition et santé. Paris, France; xxv+566.

36. Erickson PR, Mazhari E. Investigation of the role of human breast milk in caries development. Pediatr Dent. avr 1999;21(2):86-90.

37. Nirunsittirat A, Pitiphat W, McKinney CM, DeRouen TA, Chansamak N, Angwaravong O, et al. Breastfeeding Duration and Childhood Caries: A Cohort Study. Caries Res. 2016;50(5):498-507.

38. Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, Tan DJ, Lau MXZ, Dai X, et al. Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. déc 2015;104(467):62-84.

39. Labaeye A. Le chirurgien dentiste à la maternité [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé;

40. Rigourd V, Aubry S, Tasseau A, Gobalakichenane P, Kieffer F, Assaf Z, et al. Allaitement maternel : bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. EMC - Pédiatrie - Mal Infect. [4-002-H-05]:2011.

41. Mohebbi SZ, Virtanen JI, Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti MM. Feeding habits as determinants of early childhood caries in a population where prolonged breastfeeding is the norm. Community Dent Oral Epidemiol. août 2008;36(4):363-9.

42. Eidelman AI. Breastfeeding and the use of human milk: an analysis of the American Academy of Pediatrics 2012 Breastfeeding Policy Statement. Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med. oct 2012;7(5):323-4.

43. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. Pediatr Dent. oct 2016;38(6):52-4.

44. Naulin-Ifi C. Odontologie pédiatrique clinique. [Texte imprimé]. Reuil-Malmaison : Éd. CdP : Wolters Kluwer France, impr. 2011.; 2011. (JPIO).

45. Folayan MO, Sowole CA, Owotade FJ, Sote E. Impact of infant feeding practices on caries experience of preschool children. J Clin Pediatr Dent. 2010;34(4):297-301.

46. 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. mars 2004;21(1 Suppl):71-85.

47. Iida H, Auinger P, Billings RJ, Weitzman M. Association between infant breastfeeding and early childhood caries in the United States. Pediatrics. oct 2007;120(4):e944-952.

48. Richards D. Breastfeeding up to 12 months of age not associated with increased risk of caries. Evid Based Dent. 2016;17(3):75-6.

49. Sankeshwari RM, Ankola AV, Tangade PS, Hebbal MI. Feeding habits and oral hygiene practices as determinants of early childhood caries in 3- to 5-year-old children of Belgaum City, India. Oral Health Prev Dent. 2012;10(3):283-90.

50. Tanaka K, Miyake Y. Association between breastfeeding and dental caries in Japanese children. J Epidemiol. 2012;22(1):72-7.

51. Retnakumari N, Cyriac G. Childhood caries as influenced by maternal and child characteristics in pre-school children of Kerala-an epidemiological study. Contemp Clin Dent. janv 2012;3(1):2-8.

52. Droz D. Allaitement maternel et risque carieux. Arch Pediatr. 2003;Supplement 1(10):s9-11.

53. Neveu A. Allaitement prolongé et dents [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche d'Odontologie;

54. al-Dashti AA, Williams SA, Curzon ME. Breast feeding, bottle feeding and dental caries in Kuwait, a country with low-fluoride levels in the water supply. Community Dent Health. mars 1995;12(1):42-7.

55. Delfosse C, Trentesaux T. La carie précoce du jeune enfant: du diagnostic à la prise en charge globale. Rueil-Malmaison, France: Éditions CdP, DL 2015; 2015. ix+125.

56. Delbos Y, Bandon D, Rouas P, d'Arbonneau F. Santé orale de la femme enceinte et de la petite enfance. EMC - Médecine Buccale [Internet]. 2014 [cité 10 janv 2017];[Article 28-900-C-10]. Disponible sur: http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1098304/resultatrecherche/1

57. Inserm. Caries dentaires : améliorer la prévention au cours de la grossesse [Internet]. [cité 16 mai 2017]. Disponible sur: http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/caries-dentaires-ameliorer-la-prevention-au-cours-de-la-grossesse

58. Rigo L, Dalazen J, Garbin RR. Impact of dental orientation given to mothers during pregnancy on oral health of their children. Einstein Sao Paulo Braz. juin 2016;14(2):219-25.

59. ameli.fr - L'EBD à destination des femmes enceintes [Internet]. [cité 12 févr 2017]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/chirurgiens-dentistes/exercer-au-quotidien/l-examen-bucco-dentaire-ebd/l-ebd-a-destination-des-femmes-enceintes_hainaut.php

60. Vergnes J-N, Pastor-Harper D, Constantin D, Bedos C, Kaminski M, Nabet C, et al. Santé bucco-dentaire perçue et recours aux soins pendant la grossesse : étude MaterniDent. Santé Publique. 6 août 2013;25(3):281-92.

61. ameli.fr - Les examens bucco-dentaires [Internet]. [cité 31 janv 2017]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/les-examens-bucco-dentaires/l-examen-bucco-dentaire-pour-les-femmes-enceintes_hainaut.php

62. Laczny E, Mercier T, Clément C. Santé buccodentaire : chez la femme enceinte et la femme qui allaite. Rev Sage-Femme. 1 déc 2016;15(6):270-6.

63. Rigourd V, Magny JF, Serreau R, Tasseau A, Aubry S, Lévêque M, et al. Conseils pour l'allaitement. Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitesmgtm-43479 [Internet]. 7 nov 2008 [cité 21 févr 2017]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/188183/resultatrecherche/5

64. Le PNNS 2011-2015 | Manger Bouger [Internet]. [cité 10 oct 2017]. Disponible sur: http://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS/Le-PNNS-2011-2015

65. PNNS | Manger Bouger [Internet]. [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: http://www.mangerbouger.fr/PNNS

66. Fatori Popovic S, Lubbers T, Von Mandach U. Grossesse et allaitement : quels anesthésiques locaux? Quels analgésiques? 2016;126(4):372-3.

67. Marcellin L, Chantry AA. Allaitement maternel (partie IV) : usages des médicaments, diététique et addictions – recommandations pour la pratique clinique. Rev Sage-Femme. 1 juin 2016;15(3):156-65.

68. ANAES / Service recommandations et références professionnelles. Allaitement maternel : mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant [Internet]. [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/

69. Saulnier J-L. Médicaments et allaitement. Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitespem04-15444 [Internet]. [cité 27 juin 2017]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1582/resultatrecherche/3

70. Gremmo-Féger G, Dobrzynski M, Collet M. Allaitement maternel et médicaments. 2003;32:466-75.

71. Ito S, Blajchman A, Stephenson M, Eliopoulos C, Koren G. Prospective follow-up of adverse reactions in breast-fed infants exposed to maternal medication. Am J Obstet Gynecol. mai 1993;168(5):1393-9.

72. Jeanmougin P, Bel JL. Antibiothérapie chez la femme enceinte et allaitante. Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitestmtm-63567 [Internet]. 29 nov 2013 [cité 16 juill 2017]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/854769/resultatrecherche/2

73. Rigourd V, Nicloux M. Conseils pour l'allaitement maternel. EMC - Pédiatrie - Mal Infect. 2015;[Article 4-002-H-05].

74. Bayot I. Entre sens et cultures :l'allaitement maternel [Internet]. [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: http://coordination-allaitement.org/images/actions/jna/actes_jna_2006.pdf#page=31

75. Rigourd V, Cheung K, Amirouche A, Serreau R. Allaitement et médicaments. Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitesob05-52505 [Internet]. 7 déc 2011 [cité 21 févr 2017]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/678465/resultatrecherche/1

76. Horvath A, Koletzko B, Kalisz M, Szajewska H. The effect of supplemental fluids or feedings during the first days of life on the success and duration of breastfeeding: a systematic review of randomized controlled trials. Arch Pediatr Adolesc Med. juin 2005;159(6):597-8.

77. Scholtz SA, Colombo J, Carlson SE. Clinical overview of effects of dietary long-chain polyunsaturated fatty acids during the perinatal period. Nestle Nutr Inst Workshop Ser. 2013;77:145-54.

78. Lee A, Moretti ME, Collantes A, Chong D, Mazzotta P, Koren G, et al. Choice of breastfeeding and physicians' advice: a cohort study of women receiving propylthiouracil. Pediatrics. juill 2000;106(1 Pt 1):27-30.

79. Beaufrere B, Bresson JL, Briend A, Ghisolfi J, Goulet O, Navarro J, et al. La promotion de l'allaitement maternel: c'est aussi l'affaire des pédiatres... Arch Pédiatrie. 2000;7(11):1149-53.

80. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics. sept 2001;108(3):776-89.

81. PhD DTWH, PharmD DHER. Medications and Mothers' Milk 2017. Springer Publishing Company; 2016. 1097 p.

82. Valaitis R, Hesch R, Passarelli C, Sheehan D, Sinton J. A systematic review of the relationship between breastfeeding and early childhood caries. Can J Public Health Rev Can Sante Publique. déc 2000;91(6):411-7.

83. Salone LR, Vann WF, Dee DL. Breastfeeding: an overview of oral and general health benefits. J Am Dent Assoc 1939. févr 2013;144(2):143-51.

84. Miller C, Morvan C, Parmentier P, Boukpessi T, Lasfargues J-J. Nutrition et santé bucco-dentaire : rôle du chirurgien-dentiste [Internet]. [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Jean-Jacques_Lasfargues/publication/268261307_Nutrition_et_sante_bucco-dentaire_role_du_chirurgien-dentiste/links/54e6f7e40cf277664ff76500/Nutrition-et-sante-bucco-dentaire-role-du-chirurgien-dentiste.pdf?origin=publication_detail

85. Söderling E, Isokangas P, Pienihäkkinen K, Tenovuo J, Alanen P. Influence of maternal xylitol consumption on mother-child transmission of mutans streptococci: 6-year follow-up. Caries Res. juin 2001;35(3):173-7.

86. McCormick MC, Weinick RM, Elixhauser A, Stagnitti MN, Thompson J, Simpson L. Annual report on access to and utilization of health care for children and youth in the United States--2000. Ambul Pediatr Off J Ambul Pediatr Assoc. févr 2001;1(1):3-15.

87. Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA. The role of the pediatrician in the oral health of children: A national survey. Pediatrics. déc 2000;106(6):E84.

88. Pierce KM, Rozier RG, Vann WF. Accuracy of pediatric primary care providers' screening and referral for early childhood caries. Pediatrics. mai 2002;109(5):E82-82.

89. Serwint JR, Mungo R, Negrete VF, Duggan AK, Korsch BM. Child-rearing practices and nursing caries. Pediatrics. août 1993;92(2):233-7.

90. Mouradian WE, Wehr E, Crall JJ. Disparities in children's oral health and access to dental care. JAMA. 22 nov 2000;284(20):2625-31.

91. Madrid C, Bouferrache K, Moller P. [Why try a docter when you need a dentist? Oral health and primary care medicine: what are the issues?]. Rev Med Suisse. 29 nov 2006;2(89):2737-43.

92. Gremmo-Féger G. Le réseau autour de la mère qui allaite [Internet]. [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: http://site.cofam.free.fr/interventions.pdf

93. Fortier J-P. Le fluor topique ou systémique ? Existe-t-il réellement une controverse ? Arch Pédiatrie. 1 juin 2010;17(6):780.

94. Assathiany R, Salinier C, Opsahl-Vital S, Courson F. Connaissance et application par les pédiatres ambulatoires des recommandations de l'Afssaps sur la prescription de fluor. Arch Pédiatrie. 1 juin 2010;17(6):778-9.

95. Courson F, Assathiany R, Vital S. Prévention bucco-dentaire chez l'enfant : les moyens dont on dispose. Arch Pédiatrie. 1 juin 2010;17(6):776-7.

96. Prot-Labarthe S, Weil T, Nguyen NPK, Berthe-Aucejo A, Angoulvant F, Boulkedid R, et al. Validation par consensus d'un outil d'identification de prescriptions inappropriées en pédiatrie (POPI). Arch Pédiatrie. 1 mai 2016;23(5):481-90.

97. Tenenbaum A. La relation médecin chirurgien-dentiste dans la prise en charge du patient : les évolutions nécessaires. Analyse dans le cadre d'un réseau de santé. [Paris, France]; 2004.

98. Marcellin L, Chantry AA. Allaitement maternel (partie III) : complications de l'allaitement – Recommandations pour la pratique clinique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2015;44(10):1084-90.

99. Assouline A. La place des sages-femmes dans l'évaluation des pratiques professionnelles. Rev Sage-Femme. 1 sept 2008;7(4):229-32.

100. Jager S, Droz D. Santé buccodentaire 2 : conseils pour le tout-petit. Rev Sage-Femme. 1 avr 2017;16(2):124-9.

101. Christelle. La Leche League France [Internet]. [cité 20 sept 2017]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/nous-connaitre/la-leche-league-france

102. Le comité scientifique [Internet]. [cité 20 sept 2017]. Disponible sur: http://www.coordination-allaitement.org/index.php/la-cofam/les-instances-de-la-cofam/le-comite-scientifique

103. OMS | Le développement de l'enfant commence au sein maternel [Internet]. WHO. [cité 8 août 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2016/childhood-development-breastfeeding/fr/

104. OMS | L'insuffisance des investissements en faveur de l'allaitement nuit aux nourrissons et aux mères de par le monde [Internet]. WHO. [cité 8 août 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/lack-investment-breastfeeding/fr/

105. OMS | Alimentation du nourrisson et du jeune enfant [Internet]. WHO. [cité 8 août 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/fr/

106. L'allaitement maternel exclusif : une nécessité absolue [Internet]. UNICEF France. 2013 [cité 9 août 2017]. Disponible sur: https://www.unicef.fr/article/l-allaitement-maternel-exclusif-une-necessite-absolue

107. Protéger et encourager davantage l'allaitement maternel [Internet]. UNICEF France. 2016 [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: https://www.unicef.fr/contenu/espace-medias/proteger-et-encourager-davantage-lallaitement-maternel

108. Ethique et organisation [Internet]. [cité 20 sept 2017]. Disponible sur: http://www.solidarilait.org/index.php/qui-sommes-nous/ethique-et-organisation

109. Droz D, Guéguen R, Bruncher P, Gerhard J-L, Roland E. Enquête épidémiologique sur la santé buccodentaire d'enfants âgés de 4 ans scolarisés en école maternelle. Arch Pédiatrie. 1 sept 2006;13(9):1222-9.

110. AFSSAPS. Mise au point Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans [Internet]. [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/7db1d82db7f5636b56170f59e844dd3a.pdf

111. Lopez I, Jacquelin L-F, Berthet A, Druo J-P. Prévention et hygiène buccodentaire chez l'enfant: conseils pratiques. J Pédiatrie Puériculture. 1 avr 2007;20(2):63-9.

112. Académie Américaine de dentisterie pédiatrique. Pourquoi consulter un dentiste pédiatrique? [Internet]. [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: http://www.drummonddental.ca/proc%C3%A9dures/la-dentisterie-p%C3%A9diatrique/pourquoi-consulter-un-dentiste-p%C3%A9diatrique

113. Craig JL. Nutrition education in the Dental School at the University of Texas Health Science Center at San Antonio. J Dent Educ. août 1990;54(8):506-9.

114. Dentistes ON des C. Détail de toute l'actualité sur la formation continue [Internet]. 2008 [cité 10 nov 2017]. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/formation-continue/toute-lactualite-de-la-formation-continue/detail-de-toute-lactualite-sur-la-formation-continue.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=290&cHash=b736ae51dd5f17c5d0cab7720a7

8267e

115. Denost H, Blaizot A, Trentesaux T, Hamel O. Médecine bucco-dentaire et valeurs éthiques : quelles spécificités ? Ethics Med Public Health. 1 avr 2016;2(2):181-5.

116. Pirnay P. Faut-il enseigner la bioéthique aux étudiants en odontologie dans le cadre de la discipline santé publique ? Une expérience à la faculté de chirurgie dentaire de l'université Paris Descartes. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 juin 2015;63(3):203-10.

Table des tableaux

Tableau 1 : Résumé des facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel 11
Tableau 2 : Hygiène bucco-dentaire des enfants (selon l'AFSSAPS)(23). 40
Tableau 3 : Repères de consommation pour les femmes enceintes et allaitantes (selon PNNS) (63). 43
Tableau 4 : Prescriptions médicamenteuses chez la femme enceinte et allaitante (2010) (23)..... 55
Tableau 5 : Pathologies maternelles et traitements compatibles avec l'allaitement maternel (2015) (68)..... 57
Tableau 6 : Antibiotiques et allaitement (2014) (67)..... 59
Tableau 7 : Recommandations en matière de prescription de fluor, d'hygiène bucco-dentaire et d'alimentation (87). 85

Table des figures

Figure 1 : Etude de l'accroissement de la taille annuelle en fonction du temps (30). 26
Figure 2 : Courbe de Stefan (44). 31
Figure 3 : Influence du nombre de prises alimentaires sur le temps de déminéralisation (d'après Marshall, 2004) (44). 32
Figure 4 : Quand réaliser les soins dentaires ? (60) 45
Figure 5 : Représentation schématique du circuit d'un médicament de la mère à l'enfant via le lait maternel et des facteurs qui l'influencent (70). 51
Figure 6 : Arbre décisionnel destiné aux praticiens de périnatalité (60), d'après le *New York State Department of Health* dans *Oral health care during pregnancy and early childhood practice guidelines.* 76

Th. D. : Chir. Dent. : Lille 2 : Année 2018 – N°:

ALLAITEMENT MATERNEL ET ODONTOLOGIE : HALTE AUX IDEES RECUES. / **BOQUET Marie**.- p. (*105)* : ill. (*13*) ; réf. *(116).*

Domaines : Odontologie pédiatrique ; Prévention

Mots clés Rameau: allaitement maternel ; carie dentaire - Prévention ; santé publique bucco-dentaire ; dentistes-formation

Mots clés FMeSH: allaitement maternel ; caries dentaires - prévention et contrôle ; santé bucco-dentaire ; dentistes-formation-enseignement et éducation

Résumé de la thèse :

Les idées reçues sur l'allaitement maternel en odontologie sont nombreuses. L'objectif principal de ce travail est d'évoquer les diverses idées reçues des patientes et des chirurgiens-dentistes sur les avantages et inconvénients de l'allaitement maternel et sur les soins et prescriptions dentaires pendant la période d'allaitement. Le recueil d'informations dans la littérature a pu montrer un manque de connaissances des chirurgiens-dentistes sur l'allaitement maternel et un défaut d'informations des mamans malgré les campagnes de prévention. Des constats sont faits : les relations entre professionnels de santé de la petite enfance et les chirurgiens-dentistes sont quasi inexistantes et les conseils délivrés aux mamans divergent ; beaucoup de professionnels de santé des maternités n'évoquent pas les avantages et possibles conséquences de l'allaitement maternel sur la santé bucco-dentaire ; le chirurgien-dentiste n'est pas intégré aux équipes pluridisciplinaires autour de la maman et du nouveau-né alors que l'allaitement maternel est le mode de nutrition choisi par deux mères sur trois en France. La littérature prouve qu'une meilleure formation des professionnels de santé est bénéfique pour les patientes puisqu'ils peuvent mieux informer les mères sur leur santé bucco-dentaire et celle de leurs nourrissons.

JURY :

Président : Professeur Thomas Colard

Assesseurs : Docteur Caroline Delfosse,
Docteur Thomas Trentesaux,
Docteur Céline Catteau