

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Pratiques des parents en matière d'hygiène bucco-dentaire chez leur(s)
enfant(s) de moins de six ans en regard des recommandations officielles**

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} juillet 2021 à 16h
au Pôle Formation
par Clémence ETEVE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alain DUHAMEL

Assesseurs :

Monsieur Professeur Denis DELEPLANQUE

Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur François QUERSIN

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

TABLE DES MATIERES

<i>Introduction</i>	5
<i>Matériels et Méthodes</i>	8
1. Caractéristiques de l'étude :.....	8
2. Caractéristiques de la population d'étude :.....	8
3. Caractéristiques du questionnaire (Annexe 1 et 2) :.....	9
4. Analyses statistiques :.....	11
5. Accords administratifs :.....	12
6. Critères de qualité méthodologique :.....	12
<i>Résultats</i>	13
1. Population :.....	13
2. Caractéristiques de la population :.....	14
3. Principaux résultats au questionnaire :.....	16
4. Résultats secondaires :.....	22
<i>Discussion</i>	26
1. Principaux résultats :.....	26
2. Résultats secondaires :.....	31
3. Forces et limites :.....	32
4. Validité externe :.....	35
5. Perspectives :.....	36
6. Conflits d'intérêt :.....	36
<i>Conclusion</i>	37
<i>Références bibliographiques</i>	38
<i>Annexes</i>	41
Annexe 1 : Questionnaire délivré aux parents.....	42
Annexe 2 : Feuille d'informations à destination des médecins.....	44
Annexe 3 : Convention URPS.....	45
Annexe 4 : Accord CNIL.....	48
Annexe 5 : Grille STROBBE.....	49
Annexe 6 : Recommandations de 2010 de la HAS : prévention de la carie dentaire.....	50

Introduction

Les maladies bucco-dentaires sont un fléau mondial. (1) Elles ont des conséquences non négligeables sur la qualité de vie : d'un point de vue de la santé en général, des conséquences psycho-sociales, professionnelles et financières. (2,3) La santé bucco-dentaire entre dans le cadre de la définition de la santé décrite par l'OMS. (2) Les maladies bucco-dentaires partagent les mêmes facteurs de risque que les quatre principales maladies non transmissibles qui sont les maladies cardio-vasculaires, le diabète, le cancer et les pneumopathies obstructives chroniques. Ces facteurs de risque communs sont une alimentation riche en sucre ainsi que la consommation de tabac et d'alcool. (2,4)

La carie dentaire est l'une des deux maladies bucco-dentaires les plus fréquemment rencontrées dans le monde avec les maladies parodontales. (1,5) La carie se développe lorsque la plaque dentaire n'est pas retirée régulièrement et qu'elle est en contact régulier avec des sucres fermentescibles. Certaines bactéries intra-buccales (*Streptococcus*, *Lactobacillus* et *Actinomyces*) produisent des acides organiques en présence de ces sucres fermentescibles. Ces acides organiques, au contact de la dent, déminéralisent l'émail et forment une carie. (6)

La prévalence de la carie dentaire tend à augmenter dans les pays en voie de développement et à diminuer dans les pays industrialisés. (2) L'OMS rappelle que malgré

la diminution de la prévalence dans les pays industrialisés, le maintien d'un financement dans la prévention de la carie dentaire est primordial. (2)

La prévention est la stratégie adéquate concernant la carie dentaire. (3) Celle-ci passe par l'instauration d'habitudes de vie saines et de comportements adaptés. La stratégie actuelle à l'échelon mondial (2,7) comme à l'échelon national (3,8) est basée sur une prévention primaire.

En France en 2006, 7,5% des enfants de cinq à six ans avaient au moins deux dents cariées non soignées. (9) Il existe peu de statistiques épidémiologiques avant cet âge. (3) Il existe des disparités régionales ainsi qu'au sein des classes sociales. Les classes sociales défavorisées sont les plus atteintes. (10) Les soins bucco-dentaires en cas d'atteinte carieuse restent chers et sont l'objet de renoncement aux soins. (11) La prévention des caries en amont de leur apparition est donc essentielle. Tous les enfants n'ayant pas le même risque carieux, il existe des indicateurs de risque retrouvés dans la littérature. (3) Ces indicateurs sont repris en 2010 dans les recommandations de la HAS (Annexe 6) concernant la stratégie de prévention des caries dentaires. (12)

Ces recommandations visent à promouvoir une prévention primaire, une éducation et une promotion de la santé. Elles ciblent à la fois la population générale et les populations considérées à risque de maladies bucco-dentaires : la petite enfance (moins de 3 ans) (3), l'enfance (avant 6 ans) (10), l'adolescence (13), les personnes âgées (14) et les personnes handicapées. (15)

Ces recommandations sont destinées aux professionnels de santé, aux pouvoirs publics décisionnaires et aux parents.

Les parents ont un rôle à jouer dans l'acquisition de comportements adaptés à une hygiène bucco-dentaire jusqu'à ce que l'enfant soit autonome. L'éducation des parents

et l'encadrement du brossage des dents de leur enfant entraînent une amélioration de l'hygiène orale des enfants et influencent leur comportement futur. (3,14,16) L'éducation seule à la formation des caries et les moyens de les combattre n'est pas suffisante pour prévenir la survenue des caries. Des instructions données sur le brossage des dents, l'utilisation de fluor et les bains de bouche ainsi qu'un encadrement du brossage des dents des enfants par un parent, améliorent en revanche l'hygiène orale des enfants. (3,14,16) Le brossage régulier des dents avec un dentifrice au fluor adapté à l'âge améliore l'hygiène bucco-dentaire. C'est le seul comportement ayant été étudié en population. (16)

Il n'y a pas eu d'étude réalisée en France sur les pratiques des parents en matière d'hygiène orale pour prévenir la carie dentaire. L'objectif principal de ce travail était de rechercher si les pratiques parentales en matière d'hygiène bucco-dentaire chez leurs enfants de moins de six ans sont en accord avec les recommandations de la HAS de 2010.

L'objectif secondaire était de savoir s'il existe une corrélation entre le nombre d'enfants dans une famille et la fréquence du brossage des dents des enfants de moins de 6 ans.

Matériels et Méthodes

1. Caractéristiques de l'étude :

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, descriptive, transversale réalisée dans la région Hauts de France. Le recueil de données était réalisé par un questionnaire anonymisé à remplir par le/les parents (Annexe 1). Il était remis aux parents concernés par le médecin généraliste au décours d'une consultation au cabinet.

2. Caractéristiques de la population d'étude :

a) Critères d'inclusion :

Le critère d'inclusion était d'être le parent d'un ou plusieurs enfants de moins de 6 ans.

b) Critères d'exclusion :

Les critères d'exclusions étaient :

- Ne pas avoir d'enfant de moins de 6 ans
- Refuser de répondre au questionnaire

Les questionnaires incomplètement remplis ont également été exclus de l'analyse.

c) Méthode de recrutement :

Le recrutement des parents a été réalisé par les médecins généralistes en consultation de façon successive. Les médecins généralistes ont été sélectionnés aléatoirement parmi un panel de médecins par l'URPS Hauts-de-France (Annexe 3).

d) Taille de l'échantillon :

La taille de l'échantillon a été calculée à l'aide du logiciel SurveyMonkey®. 384 sujets étaient nécessaires pour un intervalle de confiance de 95% et une marge d'erreur (ou risque alpha) de 5%. La taille de la population cible a été obtenue à l'aide des statistiques de l'Insee. (17)

3. Caractéristiques du questionnaire (Annexe 1 et 2) :

a) Élaboration :

Le questionnaire a été construit à partir des recommandations de la HAS de 2010 concernant la prévention de la carie dentaire (Annexe 6).

Les déterminants sociaux recueillis étaient :

- Le code postal du lieu de vie
- La catégorie socio-professionnelle du parent participant, basé sur les catégories statistiques de l'INSEE
- Le nombre d'enfants du couple
- L'âge des enfants

Les données recueillies concernant l'hygiène bucco-dentaire étaient :

- L'âge de début du brossage des dents
- La fréquence journalière du brossage des dents
- L'utilisation ou non d'un dentifrice fluoré adapté à l'âge
- Entre 0 et 3 ans, la réalisation du brossage des dents par un adulte ou non
- Entre 3 et 6 ans, la réalisation du brossage des dents sous supervision d'un adulte ou non

Les données recueillies concernant les comportements cariogènes étaient :

- La consommation d'aliments en dehors des repas et sa fréquence moyenne sur une semaine
- La consommation de boissons sucrées et sa fréquence moyenne sur une semaine
- La présence d'un biberon contenant autre chose que de l'eau la nuit pour aider à l'endormissement et sa fréquence moyenne sur une semaine
- La notion d'un partage de cuillère ou de fourchette entre l'enfant et le parent lors du repas
- La réalisation, ou non, par le parent de nettoyer la tétine en la mettant en bouche avant de la rendre à l'enfant

La quantité de fluor contenue dans le dentifrice n'était pas détaillée dans la question y faisant référence. Il était considéré que cette notion n'était pas connue de la population générale. La question faisait donc mention d'un dentifrice adapté à l'âge.

La quantité de dentifrice sur la brosse à dents n'était pas explicitée par une question. Il était considéré que cette notion était également inconnue de la population générale.

La participation au programme M'T Dents de l'Assurance Maladie, le bilan des facteurs de risque carieux et la séance de prévention bucco-dentaire à 3 ans n'étaient pas abordés dans le questionnaire. Les comportements recherchés étaient ceux au domicile.

b) Diffusion et collecte des données :

L'URPS Hauts de France tirait au sort des médecins généralistes. Ces derniers ont reçu 5 questionnaires à distribuer en consultations. Une relance était faite par l'URPS durant le recueil. Le retour des questionnaires se faisait par enveloppe T à l'URPS Hauts de France.

Il était spécifié aux parents qu'un seul questionnaire était nécessaire par famille. S'ils avaient plusieurs enfants de 6 ans et moins, il leur était demandé de répondre pour l'enfant le plus âgé.

c) Analyse des données :

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel d'enquête et d'analyse LE SPHINX®. La saisie des données dans le logiciel a été réalisée manuellement. Les commentaires libres explicitant certaines réponses ou absences de réponses ont tous été pris en compte.

4. Analyses statistiques :

L'ensemble des analyses statistiques de l'étude ont été réalisées à l'aide du logiciel LE SPHINX®. Afin de connaître l'indépendance entre les variables qualitatives du

questionnaire, le test du Chi² était utilisé. Lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5, un test de Fisher était utilisé.

5. Accords administratifs :

Aucune donnée personnelle n'étant collectée, il n'a pas été nécessaire de réaliser une déclaration à la CNIL. (Annexe 4)

6. Critères de qualité méthodologique :

Les critères de qualité méthodologique et de rédaction retenus étaient définis selon le Strobe Statement (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology). (Annexe 5)

Résultats

1. Population :

L'URPS Hauts de France a tiré au sort 507 médecins généralistes pour la première période de recueil puis 504 médecins généralistes pour la seconde période de recueil. La première période de recueil s'est déroulée du 7 octobre 2020 au 7 novembre 2020. La seconde période de recueil s'est déroulée du 7 janvier 2021 au 28 février 2021.

Sur 5055 questionnaires envoyés, 153 ont été retournés à l'URPS, soit un taux de réponse de 3%. 1 questionnaire a été exclu car n'entrant pas dans les critères d'inclusion. 3 questionnaires n'ont pas été analysés car incomplètement remplis. 149 questionnaires ont été analysés.

2. Caractéristiques de la population :

a) Répartition géographique :

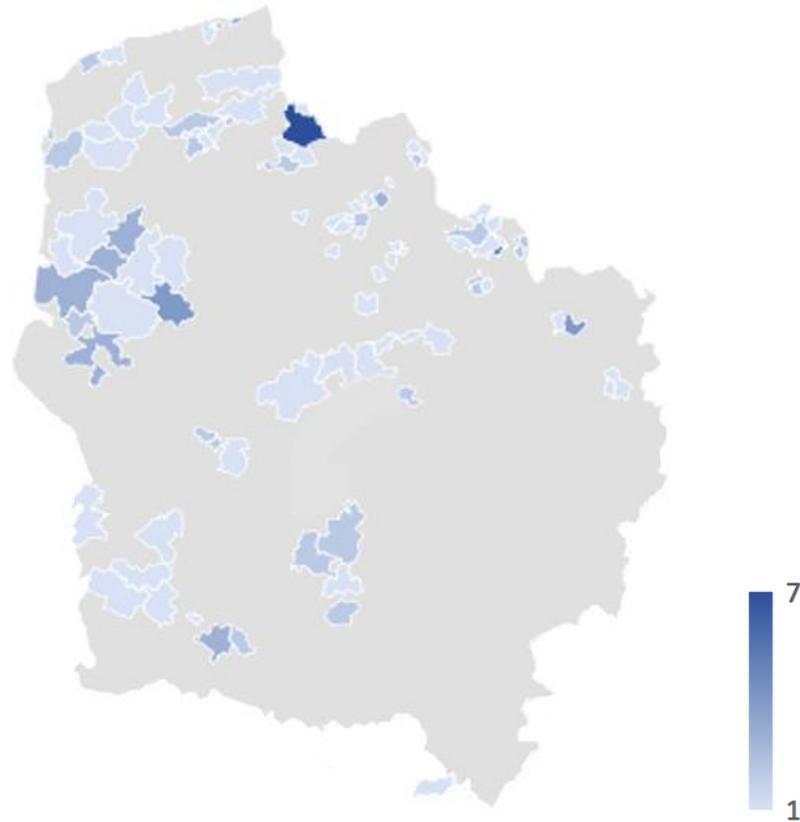


Figure 1 : Répartition par codes postaux des participants à l'étude

b) Catégorie socio-professionnelle :

Taux de réponse : **100,0%**

	Nb	% obs.	
Commerçant, artisan, chef d'entreprise	13	8,7%	8,7%
Profession intermédiaire	9	6,0%	6,0%
Ouvrier	17	11,4%	11,4%
Cadre, profession intellectuelle	33	22,1%	22,1%
Employé	60	40,3%	40,3%
Inactif, retraité	17	11,4%	11,4%
Total	149	100,0%	

Figure 2 : Catégorie socio-professionnelle des parents participants

c) Nombre d'enfants :

Taux de réponse : 100,0%

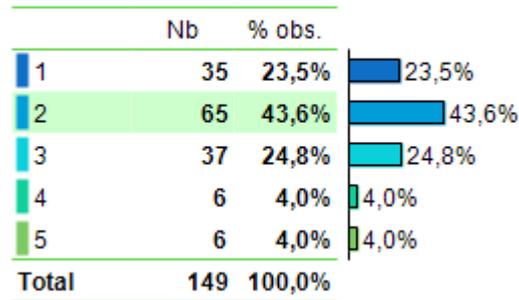


Figure 3 : Nombre d'enfants des parents participant

d) Âge des enfants :

Taux de réponse : 100,0%

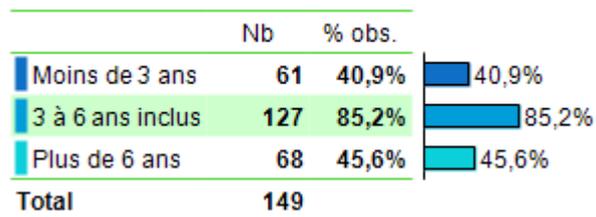


Figure 4 : Répartition de l'âge des enfants concernés

3. Principaux résultats au questionnaire :

a) Âge de début du brossage des dents :

71 parents (47,7%) débutaient le brossage des dents dès l'apparition des premières dents ; 35 (23,5%) à l'âge d'un an ; 28 (18,8%) à l'âge de deux ans ; 13 (8,7%) à l'âge de trois ans et 2 (1,3%) à partir de quatre ans et plus. (Figure 5)

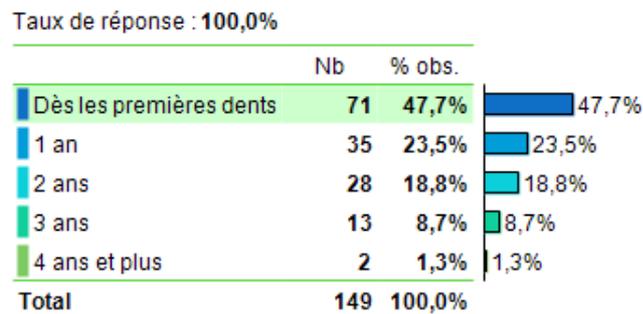


Figure 5 : Âge auquel est débuté le brossage des dents

b) Fréquence du brossage des dents par jour :

1 parent (0,7%) déclarait ne jamais brosser les dents de son enfant ; 2 parents (1,3%) les brossaient une fois par semaine ; 10 (6,7%) les brossaient une fois tous les deux jours ; 53 (35,6%) les brossaient une fois par jour ; 76 (51,0%) les brossaient deux fois par jour et 7 (4,7%) les brossaient trois fois par jour. (Figure 6)

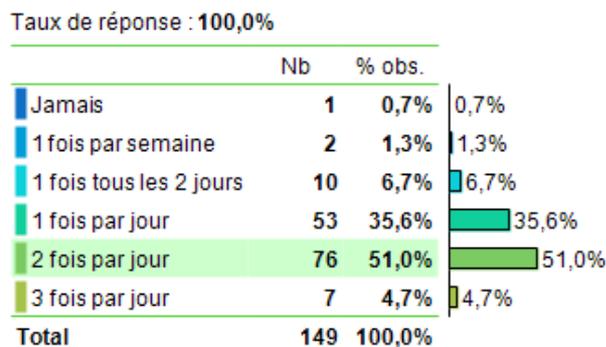


Figure 6 : Fréquence du brossage des dents

c) *Utilisation d'un dentifrice fluoré adapté à l'âge des enfants :*

125 parents (83,9%) déclaraient utiliser un dentifrice fluoré adapté à l'âge de leur enfant ; 22 (14,8%) déclaraient que ce n'était pas le cas et 2 parents (1,3%) se sont abstenus de répondre en commentant qu'ils n'en avaient aucune idée. (Figure 7)

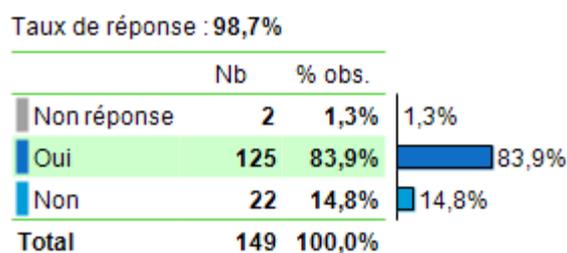


Figure 7 : Utilisation d'un dentifrice fluoré adapté à l'âge

d) *Brossage des dents par le parent pour les enfants de 0 à 3 ans :*

101 parents (67,8%) ont répondu qu'ils réalisaient eux-mêmes le brossage des dents de leur enfant de 0 à 3 ans et 43 parents (28,9%) laissaient leur enfant se brosser les dents seul. 5 (3,4%) n'ont pas répondu à la question. (Figure 8)

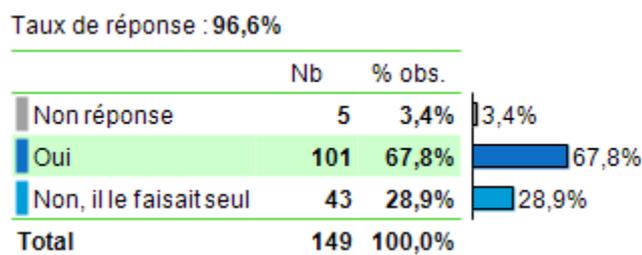


Figure 8 : Brossage des dents par un adulte avant 3 ans

e) *Brossage des dents sous supervision d'un parent pour les enfants de 3 à 6 ans :*

97 parents (65,1%) ont répondu superviser leur enfant lors du brossage des dents de 3 à 6 ans ; 33 parents (22,1%) ont déclaré que leur enfant se brossait les dents seul et 2 parents (1,3%) ont répondu que quelqu'un d'autre brossait les dents de leur enfant. 17 parents (11,4%) se sont abstenus de répondre à la question. (Figure 9)

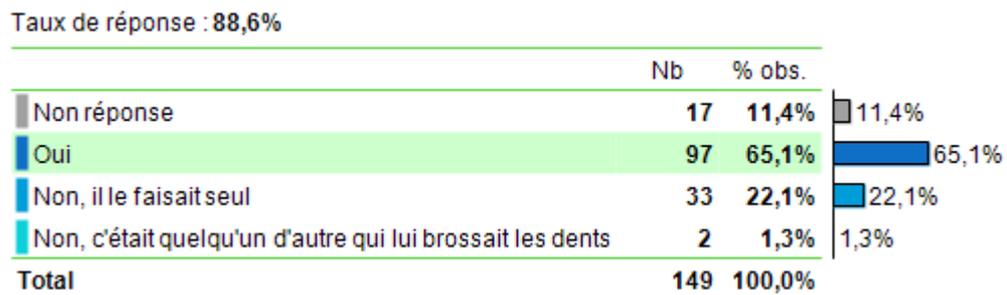


Figure 9 : Brossage des dents sous supervision entre 3 et 6 ans

f) *Présence d'un comportement de grignotage en dehors des repas avant 6 ans :*

93 parents (62,4%) déclaraient que leur enfant grignotait entre les repas ou après le brossage des dents ; 56 (37,6%) ne rapportaient pas de grignotage chez leur enfant. (Figure 10)

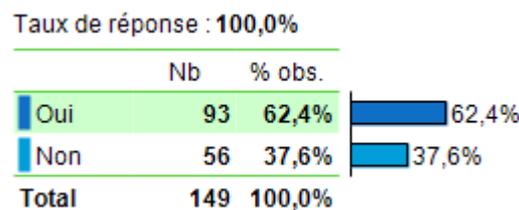


Figure 10 : Présence d'un comportement de grignotage

Lorsqu'il y avait du grignotage chez l'enfant, 29 parents (31,2%) estimaient ce grignotage comme quotidien ; 43 parents (46,2%) l'estimaient à plus d'une fois par semaine ; 19 parents (20,4%) à moins d'une fois par semaine et 2 parents (2,2%) n'ont pas répondu à cette question. (Figure 11)

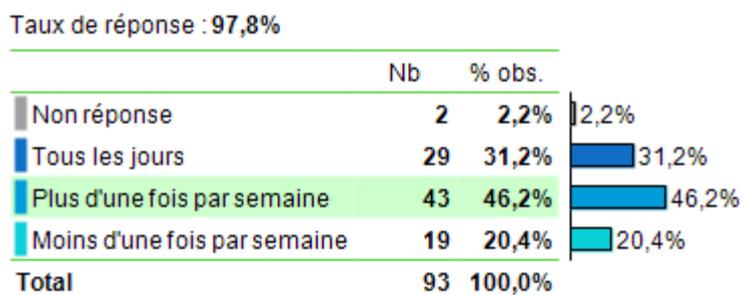


Figure 11 : Fréquence du grignotage sur une semaine

g) *Consommation de boissons sucrées avant 6 ans :*

122 parents (81,9%) déclaraient une consommation de boissons sucrées chez leur enfant et 27 parents (18,1%) n'en rapportaient pas. (Figure 12)

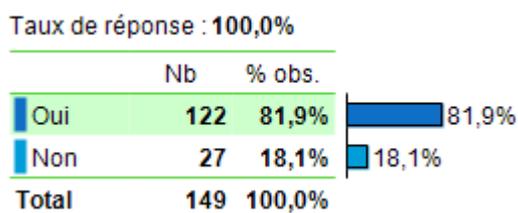


Figure 12 : Consommation de boissons sucrées par l'enfant

Lorsqu'il y avait consommation de boissons sucrées, 33 parents (27%) l'estimaient quotidienne ; 48 parents (39,3%) estimaient la fréquence de cette consommation à plus d'une fois par semaine et 41 parents (33,6%) à moins d'une fois par semaine. (Figure 13)

Taux de réponse : 100,0%

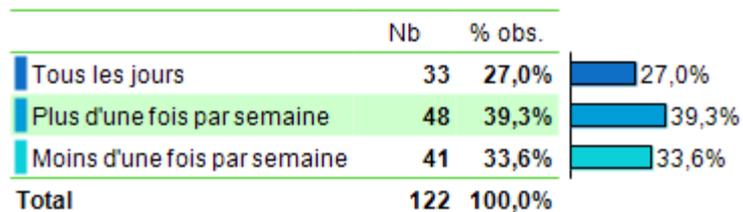


Figure 13 : Fréquence de la consommation de boissons sucrées

h) Présence d'un biberon nocturne sucré avant 6 ans :

133 parents (89,3%) déclaraient ne pas donner de biberon contenant autre chose que de l'eau la nuit pour leur enfant et 16 (10,7%) déclaraient en donner un. (Figure 14)

Taux de réponse : 100,0%

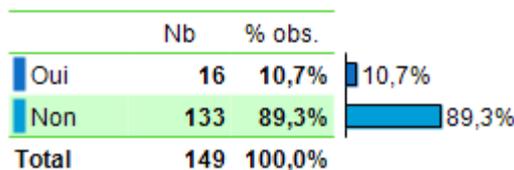


Figure 14 : Présence d'un biberon nocturne sucré avant 6 ans

Lorsqu'un biberon sucré était donné au coucher, 11 parents (68,8%) estimaient la fréquence quotidienne, 4 parents (25%) le donnaient plus d'une fois par semaine et 1 parent (6,3%) déclarait le donner moins d'une fois par semaine. (Figure 15)

Taux de réponse : 100,0%

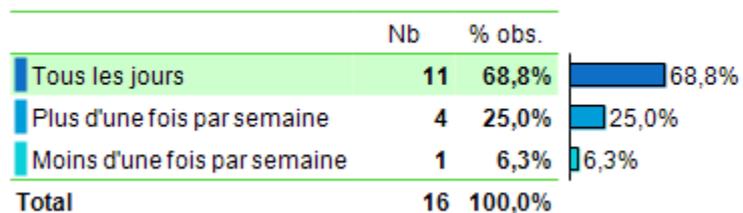


Figure 15 : Fréquence du biberon nocturne sucré

i) *Partage de couverts lors des repas avant 6 ans :*

78 parents (52,3%) déclaraient ne pas partager la cuillère ou la fourchette de leur enfant pour goûter la température de sa nourriture avant de le nourrir avec ; 71 parents (47,7%) rapportaient avoir ce geste. (Figure 16)

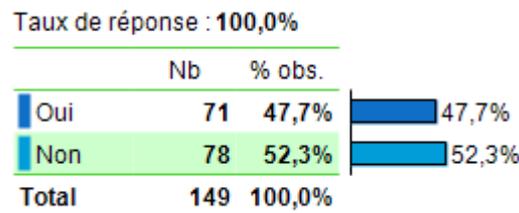


Figure 16 : Partage de couverts lors des repas avant 6 ans

j) *Nettoyage de la tétine dans la bouche d'un adulte :*

98 parents (65,8%) déclaraient ne pas nettoyer la tétine tombée à terre en la mettant dans leur bouche avant de la rendre à leur enfant ; 33 parents (22,1%) déclaraient avoir ce geste et 18 parents (12,1%) n'ont pas répondu à la question et ont écrit en texte libre ne pas utiliser de tétine pour leur enfant. (Figure 17)

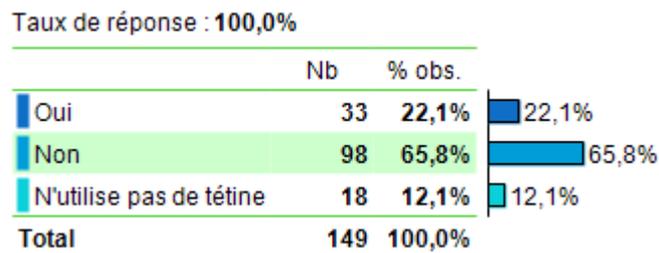


Figure 17 : Nettoyage de la tétine dans la bouche d'un adulte

4. Résultats secondaires :

a) Relation entre le nombre d'enfants du couple et la fréquence du brossage des dents :

L'objectif secondaire de l'étude était d'étudier la relation entre le nombre d'enfants d'une famille et la fréquence du brossage des dents (figure 18). Cette relation s'avérait non significative dans cette étude.

	1		2		3		4		5		Total	
	N	% obs.	N	% obs.	N	% obs.	N	% obs.	N	% obs.	N	% obs.
Jamais	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,7%
1 fois par semaine	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	16,7%	2	1,3%
1 fois tous les 2 jours	1	2,9%	5	7,7%	2	5,4%	1	16,7%	1	16,7%	10	6,7%
1 fois par jour	16	45,7%	18	27,7%	16	43,2%	2	33,3%	1	16,7%	53	35,6%
2 fois par jour	13	37,1%	39	60,0%	18	48,6%	3	50,0%	3	50,0%	76	51,0%
3 fois par jour	3	8,6%	3	4,6%	1	2,7%	0	0,0%	0	0,0%	7	4,7%
Total	35	100,0%	65	100,0%	37	100,0%	6	100,0%	6	100,0%	149	

$p = 0,16$; $\text{Khi}^2 = 26,29$; $\text{ddl} = 20$ (NS)

Figure 18 : Tableau présentant la relation entre le nombre d'enfants du couple et la fréquence du brossage des dents

b) Relation entre le nombre d'enfants et la consommation de boissons sucrées :

Il était retrouvé un lien statistique significatif entre le nombre d'enfants et la consommation de boissons sucrées (Test de Fisher, $p < 0,001$). (Figure 19).

	1	2	3	4	5	Total général
Non	14 (40%)	11 (16,9%)	1 (2,7%)	0	1 (16,7%)	27
Oui	21 (60%)	54 (83,1%)	36 (97,3%)	6 (100%)	5 (83,3%)	122
Total général	35	65	37	6	6	149
p<0,001						

Figure 19 : Tableau présentant la relation entre le nombre d'enfants et la consommation de boissons sucrées

c) Relation entre la catégorie socio-professionnelle et l'âge de début du brossage des dents :

Il existait dans cette étude une relation statistique significative entre la catégorie socio-professionnelle et l'âge où le brossage des dents de l'enfant est débuté (figure 20).

	Dès les premières dents		1 an		2 ans		3 ans		4 ans et plus		Total	
	N	% obs.	N	% obs.	N	% obs.	N	% obs.	N	% obs.	N	% obs.
Commerçant, artisan, chef d'entreprise	8	11,3%	2	5,7%	2	7,1%	1	7,7%	0	0,0%	13	8,7%
Profession intermédiaire	3	4,2%	1	2,9%	4	14,3%	1	7,7%	0	0,0%	9	6,0%
Ouvrier	3	4,2%	4	11,4%	3	10,7%	5	38,5%	2	100,0%	17	11,4%
Cadre, profession intellectuelle	18	25,4%	5	14,3%	6	21,4%	4	30,8%	0	0,0%	33	22,1%
Employé	32	45,1%	15	42,9%	12	42,9%	1	7,7%	0	0,0%	60	40,3%
Inactif, retraité	7	9,9%	8	22,9%	1	3,6%	1	7,7%	0	0,0%	17	11,4%
Total	71	100,0%	35	100,0%	28	100,0%	13	100,0%	2	100,0%	149	

p = 0,002 ; Khi2 = 43,78 ; ddl = 20 (TS)

Figure 20 : Tableau présentant la relation entre la profession et l'âge où est débuté le brossage des dents

L'utilisation du test de Fisher permettait de retrouver également cette relation statistique en regroupant les parents débutant le brossage des dents avant un an et ceux débutant après un an (p=0,013). Les catégories socio-professionnelles débutant après un an étaient les ouvriers et les professions intermédiaires avec le test de Fisher.

d) *Relation entre la catégorie socio-professionnelle et le comportement de grignotage en dehors des repas :*

Il existait dans cette étude une relation statistique significative entre la catégorie socio-professionnelle des parents et la présence de grignotages en dehors des repas (figure 21).

	Oui		Non		Total	
	N	% obs.	N	% obs.	N	% obs.
Commerçant, artisan, chef d'entreprise	10	10,8%	3	5,4%	13	8,7%
Profession intermédiaire	5	5,4%	4	7,1%	9	6,0%
Ouvrier	14	15,1%	3	5,4%	17	11,4%
Cadre, profession intellectuelle	12	12,9%	21	37,5%	33	22,1%
Employé	42	45,2%	18	32,1%	60	40,3%
Inactif, retraité	10	10,8%	7	12,5%	17	11,4%
Total	93	100,0%	56	100,0%	149	

$p = 0,009$; $\text{Khi}^2 = 15,34$; $\text{ddl} = 5$ (TS)

Figure 21 : Tableau présentant la relation entre la profession et la présence de grignotage en dehors des repas

Cette relation était également retrouvée avec l'utilisation du test de Fisher ($p=0,009$).

e) *Relation entre l'âge des enfants et la fréquence du brossage des dents :*

Il n'était pas retrouvé de lien statistique significatif entre l'âge des enfants et la fréquence du brossage des dents (figure 22).

	Moins de 3 ans		3 à 6 ans inclus		Plus de 6 ans		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Jamais	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
1 fois par semaine	2	50,0%	1	25,0%	1	25,0%	4	100,0%
1 fois tous les 2 jours	5	29,4%	8	47,1%	4	23,5%	17	100,0%
1 fois par jour	23	27,1%	43	50,6%	19	22,4%	85	100,0%
2 fois par jour	29	21,0%	69	50,0%	40	29,0%	138	100,0%
3 fois par jour	2	18,2%	5	45,5%	4	36,4%	11	100,0%
Total	61	23,8%	127	49,6%	68	26,6%	256	

p = 0,87 ; Khi2 = 5,27 ; ddl = 10 (NS)

Figure 22 : Tableau présentant la relation entre l'âge des enfants et la fréquence du brossage des dents

f) Relation entre la catégorie socio-professionnelle et la fréquence du brossage des dents :

Il n'existait pas de relation statistique significative dans cette étude entre la profession du parent répondant et la fréquence à laquelle les dents de l'enfant étaient brossées. (figure 23)

	Jamais		1 fois par semaine		1 fois tous les 2 jours		1 fois par jour		2 fois par jour		3 fois par jour		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Commerçant, artisan, chef d'entreprise	0	0,0%	0	0,0%	2	15,4%	3	23,1%	6	46,2%	2	15,4%	13	100,0%
Profession intermédiaire	0	0,0%	0	0,0%	1	11,1%	2	22,2%	6	66,7%	0	0,0%	9	100,0%
Ouvrier	0	0,0%	1	5,9%	2	11,8%	5	29,4%	8	47,1%	1	5,9%	17	100,0%
Cadre, profession intellectuelle	0	0,0%	0	0,0%	2	6,1%	9	27,3%	22	66,7%	0	0,0%	33	100,0%
Employé	0	0,0%	1	1,7%	3	5,0%	26	43,3%	26	43,3%	4	6,7%	60	100,0%
Inactif, retraité	1	5,9%	0	0,0%	0	0,0%	8	47,1%	8	47,1%	0	0,0%	17	100,0%
Total	1	0,7%	2	1,3%	10	6,7%	53	35,6%	76	51,0%	7	4,7%	149	

p = 0,31 ; Khi2 = 28,02 ; ddl = 25 (NS)

Figure 23 : Tableau présentant la relation entre la profession et la fréquence du brossage des dents

Discussion

1. Principaux résultats :

L'objectif principal de cette étude était de comparer les pratiques parentales en matière d'hygiène bucco-dentaire chez leurs enfants de six ans et moins en regard des recommandations officielles de la HAS (12).

a) Population d'étude :

La distribution en cabinet de médecine générale visait à toucher l'ensemble de la population. Le contexte mondial actuel de pandémie à la COVID-19 a pu participer à une fréquentation plus faible des cabinets donc à une moindre participation à l'étude par manque de sujets.

b) Âge de début du brossage des dents :

Selon notre étude, concernant les pratiques en hygiène bucco-dentaire, l'âge où doit débuter le brossage des dents n'est pas acquis pour 52,3% des parents. Plus de la moitié de l'effectif des parents débutaient le brossage des dents un an au moins après l'apparition des premières dents.

Ce résultat peut s'expliquer par une méconnaissance rapportée par les parents sur l'âge où il est conseillé de débiter ce brossage (18), par une méconnaissance des professionnels de santé rencontrés dans le suivi de l'enfant et délivrant les conseils de prévention (19).

c) *Fréquence du brossage des dents :*

Dans notre étude, la fréquence du brossage des dents par jour n'était pas suffisante pour 44,3% d'enfants, l'HAS recommandant de se brosser les dents deux fois par jour. Dans une étude qualitative récente française sur des enfants de moins de 6 ans (18), les parents exprimaient des difficultés à se rappeler le brossage des dents le soir. Ils rapportaient également que leur enfant, malgré leur rappel, oubliait également de se brosser les dents. Une étude (20) plus ancienne avait exploré les raisons de l'oubli de brosser les dents chez une population au pouvoir socio-économique faible. Elle concluait à une routine matinale moins sujette aux variations que celle du soir. Les parents étaient conscients pour autant que le brossage des dents le soir permettait une meilleure santé dentaire. Lorsque l'attention était portée sur l'information que les parents déclaraient avoir reçu sur la fréquence recommandée, une étude française de 2014 (21) retrouvait 30% de parents à qui il avait été conseillé de brosser les dents 3 fois par jour et 25% à qui cela avait été recommandé 2 fois par jour.

d) *Utilisation d'un dentifrice fluoré adapté :*

L'utilisation d'un dentifrice fluoré adapté à l'âge de l'enfant semblait acquise dans notre étude. Ce résultat était cependant soumis à des biais évoqués dans le paragraphe *Forces et limites de l'étude*.

e) *Réalisation du brossage des dents :*

Dans cette étude, 67,8% de parents réalisaient le brossage des dents de leur enfant de moins de 3 ans. Entre 3 et 6 ans, 65,1% laissaient l'enfant se brosser les dents sous leur supervision. Ces résultats étaient en accord avec les recommandations. Ils pourraient être nuancés par la perception parentale d'effectuer correctement le brossage des dents. Une étude qualitative française de 2020 (18) étudiait les difficultés rencontrées par les parents à maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire. La méconnaissance de la technique pour brosser efficacement les dents de son enfant et le sentiment que l'enfant jouait avec la brosse à dents plutôt que de se brosser correctement les dents étaient évoquées. La population interrogée visait des parents d'enfants de moins de 6 ans. Un travail portant sur la qualité du brossage des dents par les parents puis par l'enfant aux âges recommandés pourrait être intéressant afin d'explicitier ce résultat.

f) *Comportement de grignotage entre les repas :*

Le grignotage entre les repas apparaissait comme coutumier chez 62,4% d'enfants dans cette étude. La fréquence sur une semaine était importante. Une étude qualitative hollandaise de 2015 (22) étudiait les freins empêchant les parents de faire adopter à leurs enfants de 7 ans une bonne hygiène bucco-dentaire. La consommation de sucreries en dehors des repas était étudiée. Ce comportement se révélait plurifactoriel à la fois au sein de la cellule familiale comme au sein de l'environnement socio-culturel. Un temps pourrait être dédié en consultation à ce comportement afin d'en limiter la fréquence et ses conséquences sur la santé.

g) Consommation de boissons sucrées :

La consommation de boissons sucrées sur la journée était importante dans les résultats de cette étude. A plusieurs reprises, des parents ont commenté cette question (intitulé 13 dans le questionnaire) en spécifiant que la réponse Oui englobait la consommation de jus de fruits. Les fruits, au même titre que les légumes, sont recommandés pour la santé depuis janvier 2001 par le Programme national nutrition santé (23). Une étude française dans le département du Nord-Pas-de-Calais (24) s'est intéressée à la teneur en sucres et en fruits des jus de fruits et autres boissons mentionnant la présence de fruits (nectar, boissons aux fruits et eaux aromatisées) et les a comparées entre elles. Des différences majeures en termes de quantité de fruits et de fortes teneurs en sucres étaient relevées. La prise d'un fruit frais ou, à défaut, d'un fruit pressé plutôt que d'un jus de fruits était préconisée par les auteurs. Cette notion pourrait faire partie des recommandations délivrées en consultation. Ceci afin de ne pas encourager un comportement présumé sain par les parents, aisément réalisé au quotidien, mais qui se révèle cariogène.

h) Biberon de lait ou sucré nocturne :

Dans cette étude, 89,3% de parents ne donnaient pas de biberon de lait ou sucré la nuit. Paradoxalement, dans l'étude interrogeant des parents français sur leurs difficultés à maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire chez leur enfant de moins de 6 ans (18), il était mentionné que le biberon de lait leur avait été conseillé ; tout comme le fait que la consommation de sucre pouvait calmer leur enfant. Lorsque ce comportement est présent, un rappel de sa participation aux caries précoces de l'enfant pourrait être utile.

i) Partage de couverts au cours du repas :

Le partage de couverts lors d'un repas entre le parent et l'enfant était rapporté par 47,7% des parents dans cette étude. La notion de transmission de bactéries cariogènes ne semble pas connue. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que l'information est peu transmise aux parents en consultation (21). Ce comportement réputé cariogène pourrait être méconnu des médecins généralistes : une étude française (25) explorait leurs pratiques de façon qualitative et le comportement n'était pas évoqué par les médecins dans leurs conseils de prévention. Il pourrait être intéressant d'étudier les raisons pour lesquelles 52,3% de l'effectif de notre étude ne rapportait pas ce comportement. Avaient-ils eu notion du caractère cariogène par un autre biais que leur médecin généraliste ?

j) Nettoyage de la tétine dans la bouche du parent :

Le nettoyage d'une tétine tombée à terre en la passant dans sa propre bouche n'était pas un comportement présent de façon majoritaire dans cette étude. Partant du postulat du paragraphe précédent que la transmission de germes cariogènes n'est pas une notion connue par les parents et les médecins généralistes, ce résultat laisse penser que seul le manque d'hygiène du geste serait en cause. Aucune étude n'a été retrouvée pour étayer cette hypothèse et expliquer ce résultat.

2. Résultats secondaires :

a) *Relation entre le nombre d'enfants et la fréquence du brossage des dents :*

L'objectif secondaire de cette étude était d'étudier la relation entre le nombre d'enfants et la fréquence du brossage des dents. Elle s'avère non significative dans cette étude mais elle peut être la résultante de biais importants et d'un manque de puissance pour caractériser la relation.

b) *Relation entre la catégorie socio-professionnelle et le comportement de grignotage :*

Le comportement de grignotage était retrouvé à 45,2% chez les enfants dont le parent répondant était employé. Ce résultat n'a pas pu être comparé à la littérature. On retrouve en 2012-2013, une association entre la catégorie socio-professionnelle et la consommation de boissons sucrées mais le grignotage n'est pas inclus dans ce comportement. Les enfants d'ouvriers consommaient plus souvent des boissons sucrées sur la journée. (26)

c) *Relation entre la catégorie socio-professionnelle et l'âge de début du brossage des dents :*

Les employés, cadres et les parents exerçant une profession intellectuelle étaient 70,5% à débiter le brossage des dents selon les recommandations. Ce résultat n'a pas pu être comparé à la littérature faute d'étude sur le sujet.

d) *Relation entre le nombre d'enfants du couple et la consommation de boissons sucrées :*

Au-delà de 2 enfants dans le couple, la consommation de boissons sucrées était plus souvent rapportée dans notre étude. Cette association n'a pas pu être comparée à la littérature déjà existante pour les mêmes raisons que citées précédemment.

Des études plus puissantes et ayant comme objectif principal d'étudier ces relations seraient intéressantes pour présumer de leur réalité et comprendre leur effet.

3. Forces et limites :

La force de notre étude résidait en l'originalité du sujet. Les connaissances des parents comme des professionnels de santé ont souvent été évaluées ce qui n'est pas le cas des pratiques réelles rapportées. Or enrichir les connaissances ne suffit pas à une bonne hygiène bucco-dentaire ; la promotion et l'explication des comportements adaptés est nécessaire (16,27). Il est donc apparu important d'évaluer ce qui était fait en pratique par les parents afin d'affiner ensuite les conseils de prévention en consultation. Ce qui est acquis peut faire l'objet d'une simple vérification en consultation. Ce qui ne l'est pas doit en revanche être le centre de l'attention et des explications.

D'autres forces résidaient dans la méthode : la distribution en cabinet de médecine générale visait à toucher l'ensemble de la population des enfants de la région Hauts de France et rendre les résultats extrapolables à l'échelon régional. Le caractère successif de cette distribution limitait le biais de sélection. Le caractère anonyme du questionnaire limitait le biais de déclaration. Toutefois, le fait de remplir le questionnaire chez son médecin traitant pouvait entraîner un biais de désirabilité.

Il était mentionné aux parents qu'en cas de fratrie avec plusieurs enfants concernés par l'étude, ils devaient répondre en fonction des pratiques sur l'enfant le plus âgé. Ce choix était fait afin de limiter le nombre de questionnaire à remplir par les parents et donc d'optimiser les chances de participation à l'étude.

Le taux de réponse au questionnaire était de 3% donc faible. Le nombre de questionnaires attendu afin d'obtenir une puissance suffisante à l'interprétation des résultats n'était pas atteint. L'ensemble des résultats de cette étude est donc soumis à un manque de puissance.

La répartition géographique de l'échantillon de population paraissait inhomogène en regard des densités de population connues de la région Hauts de France. Le Nord Pas de Calais était particulièrement représenté, ce qui est cohérent avec la densité de ce département en 2012 (Figure 1). En revanche, une importante proportion de parents résidait dans la Somme qui n'était pas un département densément peuplé proportionnellement aux autres de la région. De plus, aucun questionnaire n'était en provenance de l'Oise. L'échantillon de population n'était donc pas représentatif de la population d'étude.

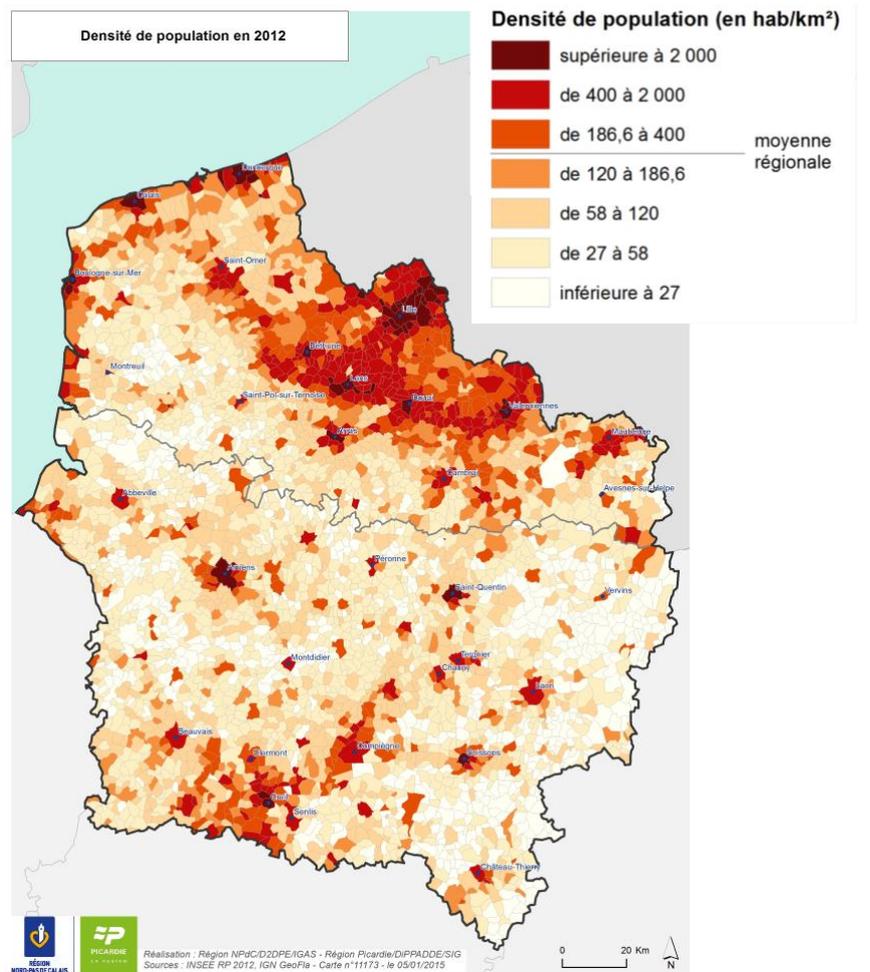


Figure 1 : Densité de population des Hauts de France en 2012 (issue de la photothèque carte.hautsdefrance.fr)

Un biais important de cette étude résidait dans le fait que seule la catégorie socio-professionnelle du parent répondant au questionnaire était relevée. L'échantillon de population n'était pas représentatif de la population des Hauts de France. Une surreprésentation de cadres et d'employés était observée en comparaison avec les dernières statistiques de l'INSEE (22,1% de cadres et professions intellectuelles ayant répondu au questionnaire contre 6,9% recensés dans la région ; 40,3% d'employés ayant répondu au questionnaire contre 16,5% recensés dans la région). Les autres catégories socioprofessionnelles étaient en minorité comparées aux effectifs régionaux. (28)

La question 7 concernait la présence de fluor en quantité adaptée selon l'âge dans le dentifrice. Le terme « quantité adaptée » était laissé à l'appréciation des parents. Une

réponse subsidiaire permettant de répondre qu'ils ne savaient pas si la quantité était adaptée pour leur enfant aurait pu être ajoutée afin de limiter un biais de déclaration. Deux parents n'ont pas répondu à cette question sans que la raison en soit connue.

4. Validité externe :

Il n'a pas été retrouvé d'étude comparable à celle réalisée lors de ce projet.

Aux États-Unis en 2020, des chercheurs se sont intéressés aux pratiques des parents en termes d'hygiène bucco-dentaire chez des enfants de moins de 3 ans (29). Sur un effectif de 148 parents interrogés, 7,4% déclaraient ne jamais brosser les dents, 6,8% déclaraient les brosser de temps en temps mais pas tous les jours, 50% des parents déclaraient brosser deux fois par jour les dents de leur enfant et 9,5% déclaraient les brosser plus de deux fois par jour. L'utilisation d'un dentifrice fluoré était également évaluée. 96,3% des parents déclaraient utiliser du dentifrice pour leur enfant. 50,4% déclaraient que ce dentifrice contenait du fluor, 13,7% déclaraient l'absence de fluor et 35,9% déclaraient ignorer si le dentifrice contenait ou non du fluor. Afin de rendre ces résultats comparables avec ceux de l'étude présente, la réponse subsidiaire « j'ignore si le dentifrice de mon enfant contient du fluor » aurait pu être utile. Les populations d'enfants n'étaient pas comparables en termes d'âge et la population visée par l'étude aux États-Unis sélectionnait également des enfants vulnérables, en demande de soins dentaires ce qui diffère de la population de cette étude.

Une étude norvégienne (30) évaluant l'évolution de certains comportements d'hygiène bucco-dentaire (fréquence du brossage des dents, utilisation d'un dentifrice fluoré et utilisation de pastilles de fluor) sur une population d'enfants de 1 an et 6 mois à 5 ans présentait un résultat qui aurait pu être comparable à ceux de cette étude. L'utilisation d'un dentifrice fluoré adapté aux âges de 1 an et 6 mois, 3 ans et 5 ans était

successivement rapportée par 92%, 95% et 96% des parents interrogés (N=771). La question sur le dentifrice fluoré adapté faisant l'objet de nombreux biais dans notre étude, la comparaison apparaît risquée.

Le brossage des dents quant à lui était successivement rapporté à deux fois par jour pour 52% des enfants de 1 an et 6 mois, 61% à 3 ans et 76% à 5 ans. Ils observaient une tendance à l'amélioration de ce comportement avec l'avancée en âge. Notre étude n'ayant pas le même découpage des classes d'âge que cette étude, les résultats ne sont pas comparables.

5. Perspectives :

Interroger les pratiques des parents en regard des recommandations de la HAS était novateur. Le paragraphe sur les forces et limites de l'étude a présenté les faiblesses et imprécisions de certaines parties du questionnaire. Une étude avec davantage de sujets et tenant compte des observations faites sur les réponses à ce questionnaire pourrait être intéressante.

Bien qu'elles étaient des résultats secondaires de cette étude, des relations statistiques ont été observées (*cf Résultats > Résultats secondaires*) et pourraient faire l'objet d'une étude à part entière afin d'en caractériser et d'en comprendre l'effet.

6. Conflits d'intérêt :

L'auteure déclare ne pas avoir de conflits d'intérêt en lien avec cette question de recherche.

Conclusion

L'objectif principal de ce travail consistait à faire un état des lieux des pratiques parentales en matière d'hygiène bucco-dentaire afin d'affiner les conseils de prévention en consultation de médecine générale ensuite.

Les pratiques des parents de cette étude ne sont pas en accord avec les recommandations de la HAS. L'âge auquel débutait le brossage des dents, le grignotage entre les repas, la consommation de boissons sucrées et le partage de couverts semblent être des points sur lesquels les pratiques des parents divergent beaucoup. Des rappels et explications des phénomènes en lien avec ces comportements pourraient être utiles en consultation.

Notre étude manquant de puissance et étant soumise à des biais importants, les résultats ne sont pas extrapolables. Ce travail pourrait ouvrir la voie à des études plus spécifiques sur le sujet ; ce champ de recherche restant encore peu exploité.

Références bibliographiques

1. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 10 nov 2018;392(10159):1789-858.
2. Petersen PE. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; p. 48. (Prévention des maladies non transmissibles et promotion de la santé).
3. Folliguet M. Prévention de la carie dentaire chez les enfants avant 3 ans. Direction Générale de la Santé; 2006.
4. Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia*. janv 2012;55(1):21-31.
5. Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, et al. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *J Dent Res*. 2017;96(4):380-7.
6. Meyer F, Enax J. Early Childhood Caries: Epidemiology, Aetiology, and Prevention. *Int J Dent*. 22 mai 2018;2018.
7. Phantumvanit P, Makino Y, Ogawa H, Rugg-Gunn A, Moynihan P, Petersen PE, et al. WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018;(46):280-7.
8. Haute Autorité de Santé. Synthèse et recommandations - Stratégies de Prévention de la carie dentaire [Internet]. 2010 [cité 29 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
9. Guignon N, Collet M, Gonzalez L, De Saint Pol T, Guthmann J-P, Fonteneau L. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. *sept 2010*;(737):8.
10. Guignon N, Niel X. L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions. *juill 2003*;(250):12.
11. Institut de recherche et documentation en, économie de la santé. Premiers résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006. Paris: IRDES; 2008 avr p. 24.

12. Haute Autorité de Santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire.
13. Guignon N, Herbet J-B, Danet S, Fonteneau L. La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers résultats. mai 2007;(573):8.
14. Haute Autorité de Santé. Argumentaire - Stratégies de prévention de la carie dentaire [Internet]. 2010 [cité 29 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_rapport_cariedentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
15. Dorin M, Moysan V, Cohen C, Collet C, Hennequin M. Évaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, en France. Éval Besoins En Santé Bucco-Dent Enfants Adolesc Fréquentant Un Inst Méd-Éducatif Ou Un Établ Pour Enfants Adolesc Polyhandicapés En Fr. 2006;(4):299-312.
16. Uribe S. Summary guideline. Prevention and management of dental decay in the pre-school child. Evid Based Dent. 1 févr 2006;7:4-7.
17. Insee. Pyramide des âges 2020 - Régions et départements. Institut national de la statistique et des études économiques. 2020.
18. Taormina M, Montal S, Maitre Y, Tramini P, Moulis E. Perception of Dental Caries and Parental Difficulties in Implementing Oral Hygiene for Children Aged Less Than 6 Years: A Qualitative Study. Dent J. sept 2020;8(3):62.
19. Barbet-Massin C. La carie précoce de l'enfance: le point de vue de médecins généralistes et de pédiatres d'Aquitaine – Poitou-Charentes – Limousin [Chirurgie Dentaire]. Bordeaux; 2016.
20. Trubey RJ, Moore SC, Chestnutt IG. Parents' reasons for brushing or not brushing their child's teeth: a qualitative study. Int J Paediatr Dent. mars 2014;24(2):104-12.
21. Latil M. Informations de prévention bucco-dentaire délivrées par les médecins et les chirurgien-dentistes en Midi-Pyrénées [Médecine Générale]. Toulouse Rangueil; 2014.
22. Duijster D, de Jong-Lenters M, Verrips E, van Loveren C. Establishing oral health promoting behaviours in children – parents' views on barriers, facilitators and professional support: a qualitative study. BMC Oral Health. 10 déc 2015;15.
23. Programme National Nutrition Santé. Manger Bouger [Internet]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/>
24. Catteau C, Trentesaux T, Delfosse C, Rousset M-M. Impact des jus de fruits et des boissons fruitées sur la santé de l'enfant et de l'adolescent : le point de vue du chirurgien dentiste. Arch Pédiatrie. 1 févr 2012;19(2):118-24.
25. Song A. Evaluation de la perception de la prévention bucco-dentaire des enfants de moins de 6 ans par les médecins généralistes en Seine Saint-Denis [Médecine Générale]. Sorbonne; 2018.

26. Chardon O, Guignon N, De Saint Pol T, Guthmann J-P, Ragot M, Delmas M-C, et al. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. juin 2015;(0920):6.
27. Tinanoff N, Palmer CA. Dietary determinants of dental caries and dietary recommendations for preschool children. *J Public Health Dent.* 2000;60(3):197-206; discussion 207-209.
28. INSEE. Structure de la population de 15 ans ou plus par catégorie socioprofessionnelle en 2017 [Internet]. 2017 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012701#tableau-TCRD_005_tab1_regions2016
29. Avenetti D, Lee HH, Pugach O, Rosales G, Sandoval A, Martin M. Tooth Brushing Behaviors and Fluoridated Toothpaste Use Among Children Younger Than Three Years Old in Chicago. *J Dent Child Chic Ill.* 15 janv 2020;87(1):31-8.
30. Wigen TI, Wang NJ. Tooth brushing frequency and use of fluoride lozenges in children from 1.5 to 5 years of age. A longitudinal study. *Community Dent Oral Epidemiol.* oct 2014;42(5):395-403.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire délivré aux parents

PRATIQUES CONCERNANT L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS DANS LA REGION HAUTS-DE-FRANCE

Bonjour,

Je m'appelle Clémence Eteve, interne de médecine générale au sein de la faculté de Médecine de Lille.

Je réalise une étude s'intéressant aux pratiques des parents envers leur(s) enfant(s) de 6 ans et moins vis-à-vis de l'hygiène buccodentaire. L'objectif est de faire un état des lieux des pratiques, afin d'affiner les conseils et la prévention en consultation au cabinet de médecine générale.

Il vous a été remis ce questionnaire par votre médecin traitant car vous entrez dans les critères de l'étude. Il n'y a pas d'obligation de participation à cette étude. Toutefois, le questionnaire étant anonyme, une fois remis à votre médecin il ne sera plus possible de vous retirer de l'étude. Les données collectées sont votre code postal, votre profession, le nombre et l'âge de vos enfants puis les questions concernant l'étude.

Les données seront conservées jusqu'à la publication des résultats.

Pour me joindre : clemence.eteve.etu@univ-lille.fr

Coordonnées du délégué à la protection des données de cette enquête : dpo@univ-lille.fr

En cas de litige concernant l'utilisation de vos données, il vous est possible de déposer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Ce questionnaire est anonyme. Merci de remplir l'ensemble du questionnaire si vous êtes parent d'au moins un enfant de six ans ou moins. L'objectif est de faire un état des lieux des pratiques dans cette tranche d'âge. Un seul questionnaire est nécessaire pour tous vos enfants. **Si vous avez plusieurs enfants de moins de six ans, les questions concerneront l'enfant le plus âgé.**

1. Quel est votre code postal ?
2. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

<input type="checkbox"/> Commerçant, artisan, chef d'entreprise	<input type="checkbox"/> Cadre, profession intellectuelle
<input type="checkbox"/> Profession intermédiaire	<input type="checkbox"/> Employé
<input type="checkbox"/> Ouvrier	<input type="checkbox"/> Inactif, retraité
3. Combien avez-vous d'enfants ?
4. Quel âge ont vos enfants ?
5. A quel moment avez-vous commencé à brosser les dents de vos enfants ?

<input type="checkbox"/> Dès les premières dents	<input type="checkbox"/> 1 an	<input type="checkbox"/> 2 ans
<input type="checkbox"/> 3 ans	<input type="checkbox"/> 4 ans et plus	
6. A quelle fréquence les dents de vos enfants sont-elles brossées ?

<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Une fois par semaine
<input type="checkbox"/> Une fois tous les 2 jours	<input type="checkbox"/> Une fois par jour
<input type="checkbox"/> Deux fois par jour	<input type="checkbox"/> Trois fois par jour
7. Utilisez-vous un dentifrice fluoré adapté à l'âge de vos enfants ? Oui Non
8. **Pour vos enfants de moins de 6 ans** : De 0 à 3 ans, est-ce vous (ou un autre adulte) qui réalisez le brossage des dents de votre enfant ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non, il le faisait seul
------------------------------	--

9. **Pour vos enfants de moins de 6 ans :** De 3 à 6 ans, se brossait-il les dents sous votre supervision (*ou celle d'un autre adulte*) ?
- Oui Non, il le faisait seul
- Non, c'était quelqu'un d'autre qui lui brossait les dents
10. **Pour vos enfants de moins de 6 ans :** Est-ce qu'il arrive que votre enfant mange en dehors des repas (*petit-déjeuner, déjeuner, goûter, dîner*), ou après les brossages de dents ?
- Oui Non
- Si oui, à quelle fréquence ?
- Tous les jours Plus d'une fois par semaine Moins d'une fois par semaine
11. **Pour vos enfants de moins de 6 ans :** Est-ce qu'il lui arrive de consommer des boissons sucrées (*jus de fruits, sirops, boissons gazeuses*) ?
- Oui Non
- Si oui, à quelle fréquence ?
- Tous les jours Plus d'une fois par semaine Moins d'une fois par semaine
12. **Pour vos enfants de moins de 6 ans :** Votre enfant s'endort-il avec un biberon contenant autre chose que de l'eau pure la nuit ?
- Oui Non
- Si oui, à quelle fréquence ?
- Tous les jours Plus d'une fois par semaine Moins d'une fois par semaine
13. **Pour vos enfants de moins de 6 ans :** Vous arrive-t-il de goûter la température de sa nourriture avec la cuillère ou fourchette qui le nourrit ensuite ?
- Oui Non
14. **Pour vos enfants de moins de 6 ans :** S'il utilise une tétine, lorsque celle-ci tombe à terre ou qu'elle est sale, vous arrive-t-il de la mettre dans votre bouche pour la nettoyer avant de la lui rendre ?
- Oui Non

Merci beaucoup pour votre participation.

Annexe 2 : Feuille d'informations à destination des médecins

Fiche d'information aux médecins

Chère Consœur, Cher Confrère
Bonjour,

Je m'appelle Clémence Eteve, interne de médecine générale au sein de la faculté de Médecine de Lille.

Je réalise une étude s'intéressant aux pratiques des parents envers leur(s) enfant(s) de 6 ans et moins vis-à-vis de l'hygiène buccodentaire. L'objectif est de faire un état des lieux des pratiques afin d'affiner les conseils et la prévention en consultation au cabinet de médecine générale.

Vous avez été sélectionné lors de l'échantillonnage réalisé par l'URPS Hauts de France pour aider à la réalisation de cette étude. Si vous l'acceptez, votre travail consiste à distribuer les questionnaires reçus de façon successive en consultations. **Les parents concernés sont ceux ayant à l'heure actuelle au moins un enfant qui a 6 ans ou moins.** Un seul questionnaire par famille est à remplir. Le moment opportun pour présenter et distribuer le questionnaire est laissé à votre discrétion. Il vous a été fourni une enveloppe T afin de retourner les questionnaires remplis.

L'étude se déroule sur 1 mois et demi, donc jusqu'à fin novembre 2020. Si vous souhaitez distribuer plus de questionnaires que ceux fournis, il vous suffit de m'adresser la demande par mail. Mes coordonnées sont au bas de cette page.

Je vous présente mes plus sincères remerciements pour l'aide que vous apporterez à cette étude.

En cas de question(s) ou demande(s) concernant l'étude : clemence.eteve.etu@univ-lille.fr

Annexe 3 : Convention URPS

- Le territoire devra concerner l'ensemble de la Région Hauts-de-France.

Après décision du Comité d'accompagnement des thèses du **mercredi 8 juillet 2020**, l'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France se propose d'accompagner **Mme Clémence ETEVE** dans la réalisation de son mémoire de spécialité sur le sujet : « **Pratique des parents en matière d'hygiène bucco-dentaire chez leurs enfants de moins de 6 ans en regard des recommandations officielles : étude quantitative par questionnaire anonyme** ».

Article 1 – Modalités d'accompagnement

L'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France s'engage à :

- Réaliser un échantillonnage de 500 médecins Hauts-de-France,
- Aider à la mise en page du questionnaire et du courrier d'accompagnement,
- Envoyer le questionnaire, accompagné d'une enveloppe T, afin de faciliter le retour,
- Recevoir des questionnaires à l'Union,
- Mettre à disposition le logiciel sphinx.

Article 2 – Confidentialités des données - Ethique

Le doctorant s'engage à anonymiser l'ensemble de ses données.

L'accompagnement ne pourra commencer qu'après nous avoir fourni l'attestation d'autorisation auprès de la CNIL, et avis si sa thèse relève du champ de compétence du CPP.

Le doctorant s'engage à fournir l'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France de tout changement substantiel à son questionnaire de thèse après la décision du Comité d'accompagnement des thèses.

Article 3 – Propriété des données

L'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France sera copropriétaire des données avec le Doctorant.

Le Doctorant donne à l'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France un droit d'utilisation et d'exploitation concernant ses données anonymisées via un fichier numérique.

En tant que co-propiétaire des données, l'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France se réserve le droit de publier, en son nom d'autres résultats issus des données collectées.

Article 4 – Publications/Valorisation

Le Doctorant s'engage à fournir à l'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France :

- un exemplaire de sa thèse (papier et numérique),
- un article scientifique de 6 000 signes pour publication dans le bulletin,
- une copie de l'attestation de soutenance,
- faire figurer des remerciements dans le mémoire de thèse.

Chaque publication, devra mentionner que cette thèse a bénéficié de l'accompagnement de l'URPS Médecins Hauts-de-France.

S'il le souhaite le Doctorant a la possibilité de :

- Publier sa thèse en intégralité sur le site de l'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France
- Postuler au prix de thèse organisé par l'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France (voir conditions et règlement sur le site).

Fait à Lille
Le 9 juillet 2020

Dr Philippe CHAZELLE,
Président URPS ML Hauts-de-France

Mme Clémence ETEVE
Le Doctorant



Annexe 4 : Accord CNIL



RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Hygiène bucco-dentaire des enfants de moins de 6 ans dans la région Hauts de France
Référence Registre DPO : 2020-131
Responsable (s) Chargé (s) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme Clémence ETEVE - M. les Dr Anita TILLY-DUFOUR et François QUERSIN
Spécificités : <i>Absence de collecte de données personnelles (Exonération de déclaration pour anonymisation à la source)</i>

Fait à Lille,

Le 7 juillet 2020

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 5 : Grille STROBBE

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses

Annexe 6 : Recommandations de 2010 de la HAS : prévention de la carie dentaire

Stratégies de prévention de la carie dentaire

1 Recommandations existantes et offre actuelle de prévention de la carie dentaire en France

Dans ce paragraphe sont rappelées des recommandations existantes et le dispositif de prévention de la carie que la HAS recommande de suivre et compléter, le cas échéant.

1.1 Examen de prévention bucco-dentaire des enfants et des adolescents

L'Assurance maladie, dans le cadre de la convention nationale dentaire, offre l'opportunité d'un examen de prévention pour tous les enfants de 6, 9, 12, 15, 18 ans (« M'T dents »).

La HAS recommande la participation de tous les enfants et adolescents aux examens de prévention du programme de prévention de l'Assurance maladie.

Actuellement, la convention nationale des chirurgiens-dentistes précise le contenu de l'examen de prévention de la façon suivante :

« L'examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse ;
- un examen bucco-dentaire ;
- des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation à la santé bucco-dentaire (hygiène bucco-dentaire, enseignement du brossage des dents, etc.), recommandations d'hygiène alimentaire ;
- L'examen est complété, si nécessaire, par :
 - ▶ des radiographies intrabuccales ;
 - ▶ l'établissement d'un programme de soins. »

L'examen bucco-dentaire de prévention pour les enfants de 6 et 12 ans a été rendu obligatoire en 2001. Il peut être réalisé dans un cabinet dentaire, libéral ou géré par un centre de santé ou dans le service d'odontologie d'un établissement de santé, d'après l'arrêté du 9 décembre 2005 relatif à la nature et aux modalités de l'examen bucco-dentaire de prévention obligatoire pour les enfants dans l'année qui suit leur sixième et leur douzième anniversaire.

Dans cet arrêté, le contenu de l'examen bucco-dentaire de prévention est également précisé. Il comporte :

- « un examen, adapté à l'âge, permettant d'établir le diagnostic des pathologies, des anomalies et des troubles fonctionnels bucco-dentaires et de constater l'éventuel besoin de soins ;
- une évaluation des habitudes alimentaires, de l'hygiène bucco-dentaire et une estimation du risque carieux ;
- une sensibilisation à la santé bucco-dentaire et des conseils personnalisés, en collaboration étroite avec les parents, comprenant un enseignement du brossage dentaire, des recommandations d'hygiène alimentaire, une information sur le rôle du fluor. »

Stratégies de prévention de la carie dentaire

Parmi les éléments constitutifs des examens de prévention décrits dans la réglementation, la HAS souligne l'importance :

- de l'éducation pour la santé bucco-dentaire ;
- du bilan individuel du risque carieux.

En complément des éléments constitutifs des examens de prévention décrits dans la réglementation, la HAS recommande que :

- l'examen de prévention des enfants de 6 ans comprenne un bilan des apports fluorés (ce bilan étant particulièrement important avant 8 ans, période de susceptibilité à la fluorose dentaire) ;
- au cours de l'examen de prévention et chez les enfants à risque élevé de carie, les actes de prophylaxie les plus adaptés soient proposés : l'application de vernis fluoré ou de gel fluoré deux fois par an et le scellement des sillons des premières et secondes molaires permanentes et leur réparation, si nécessaire en cas de persistance du risque carieux.
- La HAS, conformément à ses recommandations de 2005, rappelle que le scellement de sillons s'intègre dans une démarche globale de prévention qui nécessite une surveillance régulière : en cas de risque de carie élevé, une visite de contrôle est conseillée 3 à 6 mois plus tard, afin de réévaluer le risque de carie et de contrôler l'intégrité du scellement de sillons ; en cas de perte partielle, il est recommandé de réparer le scellement pour prévenir la rétention de plaque à ce niveau ; en cas de perte totale, la réalisation d'un nouveau scellement doit être envisagée en cas de persistance du risque carieux.

La présentation sous la forme d'une *check-list* permettrait de n'omettre aucun élément de l'examen de prévention bucco-dentaire destiné aux enfants de 6 à 18 ans décrits précédemment.

La HAS recommande que les praticiens odontologistes des centres hospitaliers puissent participer au programme de prévention « M'T dents ».

Bien que la mise en œuvre effective du programme « M'T dents » soit récente (janvier 2007), une réflexion sur les moyens les plus efficaces d'inciter à participer davantage à cet examen de prévention doit être poursuivie. Les mesures d'accompagnement en milieu scolaire doivent être pérennisées. Des projets pilotes peuvent être organisés en fonction de l'offre locale de soins adaptés aux populations ciblées. Leurs résultats doivent être évalués.

Afin d'inscrire la prévention bucco-dentaire comme une démarche de long terme, il serait souhaitable de s'assurer de la pérennité des fonds qui y sont consacrés.

1.2 Recommandations destinées à la population générale en matière d'alimentation

La relation entre la consommation de sucres fermentescibles et la carie dentaire est démontrée. Ces sucres sont métabolisés par les bactéries de la plaque dentaire et produisent des acides responsables de la déminéralisation de l'émail de la dent. Le grignotage entre les repas et les aliments collants augmentent le temps de contact des sucres avec la dent, et donc augmentent le risque de carie. La prévention de la carie passe donc par la réduction de la quantité et surtout de la fréquence de consommation de ces sucres. Au cours des repas, la salive produite en mangeant participe à l'élimination des sucres de la bouche et à la neutralisation des acides.

1) En ce qui concerne la consommation de produits sucrés, les recommandations du Plan national nutrition santé (PNNS), de l'Association dentaire française (ADF), l'Agence française de sécurité sanitaire de aliments (AFSSA), la Société française d'odontologie pédiatrique (SFOP) et de l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) préconisent de :

- réduire la fréquence des prises alimentaires entre les repas (grignotage y compris boissons sucrées). En ce sens, la collation matinale doit être supprimée en collectivité ;
- favoriser au cours des repas une alimentation diversifiée et équilibrée et la consommation d'eau pure ;
- utiliser des gommes à mâcher contenant du xylitol après chaque prise alimentaire ou consommation de boissons (hors eau pure), qui ne peut être suivie de brossage des dents. Les gommes à mâcher contenant du xylitol ne remplacent pas le brossage des dents.

La HAS recommande de suivre ces conseils et recommandations en matière d'alimentation.

En complément de ces diverses recommandations sur l'alimentation, **la HAS recommande la généralisation de la substitution du sucre par un édulcorant dans les médicaments (sirops, pastilles, etc.)**. L'étiquetage doit mentionner l'édulcorant utilisé. Les précautions d'emploi relatives à l'aspartame (« source de phénylalanine ») et aux polyols (« une consommation excessive peut avoir des effets laxatifs ») doivent être rappelées.

2) En ce qui concerne le sel, en prévention de la carie dentaire, **la HAS recommande l'utilisation du sel iodé et fluoré plutôt que du sel non fluoré dans le respect du PNNS.**

La fluoration du sel représente une mesure de prévention collective et passive. Aussi, la HAS recommande que les restaurations collectives (cantines scolaires et restaurations collectives pour adultes) utilisent le sel fluoré (dans le respect de la réglementation), et en informent les usagers.

La HAS recommande la promotion du sel iodé et fluoré, et sa plus grande disponibilité dans le commerce. La concentration en fluor doit respecter la réglementation (en vigueur depuis 1985), et les étiquetages doivent être clairement lisibles. La HAS rappelle que le sel fluoré doit être intégré dans le bilan des apports fluorés chez les enfants.

1.3 Utilisation de fluor par les enfants et les adolescents

L'AFSSAPS a formulé des recommandations en matière d'utilisation du fluor en comprimés ou en gouttes et du dentifrice fluoré avant l'âge de 18 ans :

- « Pour tous les enfants et adolescents, quel que soit le risque carieux, la mesure la plus efficace repose sur un brossage des dents au minimum deux fois par jour, avec un dentifrice fluoré ayant une teneur en fluor adaptée à l'âge ;
- Chez l'enfant à risque carieux élevé, des thérapeutiques fluorées complémentaires aux mesures d'hygiène bucco-dentaire peuvent être prescrites et/ou appliquées : prescription de gouttes ou de comprimés (après réalisation d'un bilan des apports fluorés), application par le chirurgien-dentiste de vernis fluorés tous les 3 à 6 mois (dès que nécessaire, en denture temporaire comme en denture permanente) ou de gels fluorés (pouvant être utilisés après l'âge de 6 ans), ou utilisation de bains de bouche pour les enfants capables de recracher (enfants âgés de plus de 6 ans).

Stratégies de prévention de la carie dentaire

Chez les enfants de plus de 6 mois, à risque carieux élevé, en cas de prescription de supplémentation fluorée (comprimés, gouttes), un bilan personnalisé des apports en fluor est nécessaire (eaux de boissons, sels fluorés). Une seule source de fluorures par voie systémique doit être administrée :

- 1) lorsque l'eau consommée a une teneur en fluor supérieure à 0,3 mg/l, les comprimés ou gouttes fluorés ne doivent pas être prescrits. Dans ce cas, il faut proscrire l'utilisation de cette eau pour la préparation des biberons et faire consommer de l'eau embouteillée ayant une teneur en fluor inférieure ou égale à 0,3 mg/l et supplémenter l'enfant ;
- 2) lorsque la famille utilise du sel de table fluoré, les comprimés ou gouttes fluorés ne doivent pas être prescrits ;
- 3) la supplémentation peut commencer dès l'apparition des premières dents (environ 6 mois). La posologie recommandée est de 0,05 mg de fluor/jour et par kg de poids corporel, sans dépasser 1 mg par jour tous apports fluorés confondus, afin d'éviter la survenue d'une fluorose ».

Les recommandations de l'AFSSAPS concernant l'utilisation du dentifrice fluoré sont les suivantes :

- « un apport de fluorures est recommandé dès l'apparition des premières dents (à environ 6 mois) à l'aide d'une brosse à dents imprégnée d'une quantité très faible de dentifrice fluoré inférieur ou égal à 500 ppm ;
- dès l'apparition des premières molaires temporaires (vers 12-18 mois), un brossage au moins quotidien avec un dentifrice fluoré inférieur ou égal à 500 ppm est recommandé. La quantité de dentifrice à utiliser doit être de la grosseur d'un petit pois. À partir de 3 ans, un dentifrice fluoré à 500 ppm est recommandé ;
- les enfants de plus de 6 ans doivent utiliser des dentifrices dosés entre 1 000 et 1 500 ppm de fluor. Si nécessaire, un dentifrice à plus forte teneur en fluor peut être prescrit (risque carieux élevé) à partir de 10 ans ;
- le brossage doit être réalisé par un adulte pour les enfants de 0 à 3 ans puis réalisé ou assisté par un adulte (enfants de 3 à 6 ans) en fonction des capacités de l'enfant, afin :
 - de vérifier la qualité du brossage ;
 - de s'assurer de la durée du brossage (temps de contact fluor/dent) ;
 - de limiter l'ingestion de dentifrice. »

La HAS recommande de suivre les mesures de la mise au point de l'AFSSAPS en matière de l'utilisation de fluor en comprimés ou en gouttes et du dentifrice fluoré chez les enfants et les adolescents.

2 Recommandations de stratégies de prévention de la carie formulées par la HAS pour compléter et renforcer le dispositif existant

Les recommandations suivantes concernent les populations qui ne sont pas atteintes ou qui ne font pas partie des cibles de l'actuel programme de prévention.

Les recommandations sont présentées par population.

2.1 Recommandations formulées à destination de la population générale

- Pour l'ensemble de la population, la HAS rappelle l'importance d'un brossage des dents au minimum deux fois par jour avec un dentifrice fluoré ayant une teneur en fluor adaptée à l'âge.
- À tout âge, la sensibilisation des personnes au maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire est nécessaire. Les professionnels de santé et les personnels intervenant auprès des populations cibles et à risque de carie identifiées et présentées ci-dessous doivent être formés pour dispenser des conseils d'éducation pour la santé bucco-dentaire.
- Le rôle de santé publique des assistantes dentaires doit être reconnu et renforcé. Leurs missions de prévention doivent être précisées. Une formation adaptée doit être proposée. La reconnaissance de leur rôle implique leur inscription dans le Code de la santé publique.
- La HAS recommande un suivi régulier chez un chirurgien-dentiste afin d'aborder la santé bucco-dentaire dans son ensemble, prévention et soins. Cette fréquence doit être adaptée en fonction des besoins de la personne en soins et en prévention.
- La prévention de la carie devrait être un volet systématique des plans régionaux de santé publique.

2.2 Recommandations formulées à destination des parents dans le but de prévenir la carie précoce de l'enfant (avant 3 ans)

- L'information et l'éducation des parents pour la santé bucco-dentaire de leur enfant doivent être intégrées à l'occasion d'autres messages de prévention, notamment chez la femme enceinte et la jeune mère dans les services de maternité, lors des examens médicaux obligatoires du nourrisson (médecins généralistes, pédiatres, centres de PMI, etc.) et lors des examens dentaires de la jeune mère chez un chirurgien-dentiste.
- Les personnels de la petite enfance (crèches, assistantes maternelles, autres structures d'accueil) doivent également être formés, afin d'appliquer les mesures de prévention aux enfants dont ils s'occupent et de relayer auprès des parents des conseils d'éducation pour la santé bucco-dentaire.
- Entre 6 mois et 1 an (éruption des premières dents) et entre 1 an et 2 ans (passage de l'alimentation semi-liquide à une alimentation solide souvent la même que celle du reste de la famille), un bilan des facteurs de risque carieux de l'enfant doit être réalisé par un professionnel de santé (pédiatre, médecin généraliste, chirurgien-dentiste, centre de PMI, etc.), et la supplémentation orale en fluor chez les enfants à risque carieux élevé doit être discutée conformément aux recommandations de l'AFSSAPS.
- À 3 ans, une séance de prévention bucco-dentaire est recommandée. Elle doit être l'occasion d'évaluer le risque carieux de l'enfant, de réaliser un bilan des apports fluorés et d'interroger la famille proche sur son état de santé général dont bucco-dentaire. Elle peut être réalisée par un chirurgien-dentiste, un médecin généraliste, un pédiatre, un médecin scolaire ou une infirmière scolaire. Elle doit être une incitation pour les parents à faire réaliser un examen de prévention bucco-dentaire par un chirurgien-dentiste.

À l'école, la participation active des enseignants de petite section de maternelle et des agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles (ATSEM) est souhaitable pour inciter les parents à réaliser cet examen de prévention bucco-dentaire.

Dans les centres de PMI, des référents dentaires (chirurgiens-dentistes, médecins, puéricultrices, infirmières) doivent être identifiés pour réaliser une séance et/ou un examen de prévention bucco-dentaire.

Stratégies de prévention de la carie dentaire

Le contenu de l'information de prévention destinée aux parents, dans le but de prévenir la carie précoce de l'enfant, a été précisé par l'AFSSAPS, la SFOP et l'UFSBD :

- ne pas laisser la nuit à disposition de l'enfant un biberon contenant autre chose que de l'eau pure ;
- ne pas vérifier la température de la nourriture en la goûtant avec la même cuillère que celle destinée à nourrir l'enfant (prévention de la transmission des bactéries cariogènes au nourrisson) ;
- ne pas lécher la tétine pour la nettoyer avant de la donner à l'enfant (prévention de la transmission des bactéries cariogènes au nourrisson) ;
- nettoyer les dents de l'enfant dès leur éruption (à environ 6 mois) avec une compresse humide ou à l'aide d'une brosse à dent imprégnée d'une trace de dentifrice fluoré inférieur ou égal à 500 ppm ;
- dès l'apparition des premières molaires temporaires (vers 12-18 mois) un brossage au moins quotidien avec un dentifrice fluoré inférieur ou égal à 500 ppm est recommandé. La quantité de dentifrice à utiliser doit être de la grosseur d'un petit pois (cf. *Recommandations de l'AFSSAPS*) ;
- à partir de 3 ans, un dentifrice fluoré à 500 ppm est recommandé ;
- jusqu'à 3 ans, le brossage doit être réalisé par un adulte ;
- la carie en denture temporaire ne doit pas être négligée.

2.3 Recommandations destinées aux enfants et aux adolescents

Pour les enfants et les adolescents, il s'agit autant d'évaluer le risque carieux, de dépister les caries que de promouvoir une éducation pour la santé bucco-dentaire.

En ce sens, la HAS recommande le dépistage précoce et renouvelé du risque de carie et des actions de prévention en cas de risque carieux élevé :

- l'examen de prévention du programme « M'T dents » est déjà une occasion de réaliser ce dépistage du risque carieux et de mettre en œuvre les actes de prophylaxie les plus adaptés en cas de risque carieux élevé ;
- un dépistage ciblé est nécessaire pour compléter celui réalisé dans le cadre du programme « M'T dents » pour aller à la rencontre des enfants et des adolescents qui ne participent pas au programme pour des raisons socio-économiques, de représentations de la santé bucco-dentaire ou d'accès à l'offre de soins : écoles des Zones urbaines sensibles (ZUS), des quartiers prioritaires de la politique de la ville, des Réseaux ambition réussite (RAR), des Réseaux de réussite scolaire (RRS), écoles en zone rurale, centres de PMI, Aide sociale à l'enfance (ASE), structures d'accueil des enfants et adolescents handicapés, etc. Dans les écoles, le dépistage ciblé pourrait être réalisé par le personnel de la santé scolaire (en même temps que les visites médicales déjà prévues à l'école) à l'entrée à chaque cycle scolaire (maternelle, école primaire, collège et lycée). Dans les centres de PMI, le personnel de santé pourrait également réaliser ce dépistage.

Dans le cadre du dépistage ciblé, le dépistage du risque carieux doit nécessairement être simple (car il est réalisé en dehors du cabinet dentaire sans les moyens disponibles au cabinet). Il repose sur l'anamnèse et l'évaluation clinique.

En cas de risque carieux élevé, la HAS recommande la réalisation par un chirurgien-dentiste des actes de prophylaxie les plus adaptés :

- vernis fluoré deux fois par an ;
- ET scellement des sillons des premières et deuxièmes molaires permanentes et leur réparation, si nécessaire ;
- ET promotion de la santé bucco-dentaire dont le brossage des dents avec un dentifrice fluoré et les recommandations en matière d'alimentation (cf. *Recommandations de l'ADF, AFSSA, SFOP et UFSBD*) ;

AUTEUR : Nom : ETEVE

Prénom : CLEMENCE

Date de soutenance : 1^{ER} JUILLET 2021

Titre de la thèse : PRATIQUES DES PARENTS EN MATIERE D'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE CHEZ LEUR(S) ENFANT(S) DE MOINS DE SIX ANS EN REGARD DES RECOMMANDATIONS OFFICIELLES

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : MEDECINE GENERALE

DES + spécialité : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : TOOTH, ORAL HYGIENE, CHILD, HEALTH PLANNING GUIDELINES, DENTAL CARIES

Résumé

Contexte : Les maladies bucco-dentaires dont la carie précoce de l'enfant sont fréquentes dans le monde. La stratégie de l'OMS se base sur la prévention. En 2010, la HAS a publié des recommandations concernant l'hygiène bucco-dentaire des enfants. Aucune étude n'a été réalisée en France concernant l'application de ses recommandations alors que 10 à 15% des enfants de 1 à 3 ans sont atteints de caries. Cette étude vise à décrire et quantifier les pratiques des parents en matière d'hygiène bucco-dentaire chez leur(s) enfant(s) de 6 ans et moins.

Méthode : Étude épidémiologique descriptive par questionnaire chez des parents d'enfants âgés de 6 ans et moins dans la région Hauts de France. L'analyse statistique des résultats était quantitative pour les résultats principaux.

Résultats : 149 réponses ont été recueillies. 71 (47%) parents démarrent le brossage dès les premières dents. 76 (51%) brossent les dents deux fois par jour. 101 (67,8%) déclarent réaliser le brossage des dents avant 3 ans et 97 (65,7%) supervisent le brossage entre 3 et 6 ans. Le grignotage de l'enfant est rapporté par 93 (62,4%) des parents. La consommation de boissons sucrées est rapportée par 122 (81,9%) des parents. 78 (52,3%) parents ne partagent pas leur cuillère ou fourchette avec l'enfant lors d'un repas.

Conclusion : Les pratiques des parents de cette étude ne sont pas en accord avec les recommandations de la HAS. L'âge auquel débiter le brossage des dents, le grignotage entre les repas, la consommation de boissons sucrées et le partage de couverts semblent être des points sur lesquels les pratiques des parents divergent beaucoup.

Composition du Jury :

Président : PROFESSEUR ALAIN DUHAMEL

Asseseurs : PROFESSEUR DENIS DELEPLANQUE
DOCTEUR ANITA TILLY-DUFOUR

Directeur de thèse : DOCTEUR FRANCOIS QUERSIN