

L'EXPLORATEUR

LA REVUE PROFESSIONNELLE DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC

MÈRES ET NOURRISSONS: la santé buccodentaire d'une génération à l'autre



MÉTHODES DE PRÉVENTION DE LA CARIE DE LA PETITE ENFANCE: synthèse de revues systématiques

UN EXAMEN-CADRE DES REVUES SYSTÉMATIQUES DE L'ÉLÉMENT DE JUSTIFICATION DE LA RELATION CAUSALE ENTRE LA MALADIE PARODONTALE ET LES ISSUES DÉFAVORABLES DE LA GROSSESSE

CUMUL DE FONCTIONS OU DE PROFESSIONS: un terrain qui peut être glissant



Notre offre pour les hygiénistes dentaires devient encore plus avantageuse

Découvrez vos nouveaux avantages
et privilèges à bnc.ca/specialiste-sante

Fière partenaire de



Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Mastercard^{MD} Platine, World Mastercard^{MD}, World Elite^{MD} de la Banque Nationale. Certaines restrictions s'appliquent. Pour plus de détails, visitez bnc.ca/specialiste-sante. MD MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International Inc. La Banque Nationale du Canada est un usager autorisé. MD BANQUE NATIONALE et le logo de la BANQUE NATIONALE sont des marques de commerce déposées de Banque Nationale du Canada.
© 2021 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. Toute reproduction totale ou partielle est strictement interdite sans l'autorisation préalable écrite de la Banque Nationale du Canada.

L'EXPLORATEUR

LA REVUE PROFESSIONNELLE DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC

- 4 **Avant-propos**
- 6 **Mot du président**
- 8 **Mot du directeur général et secrétaire**

DOSSIER: MÈRES ET NOURRISSONS: LA SANTÉ BUCCODENTAIRE D'UNE GÉNÉRATION À L'AUTRE

- 12 **UN EXAMEN-CADRE DES REVUES SYSTÉMATIQUES DE L'ÉLÉMENT DE JUSTIFICATION DE LA RELATION CAUSALE ENTRE LA MALADIE PARODONTALE ET LES ISSUES DÉFAVORABLES DE LA GROSSESSE:**

Exposé de position de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires.

- 21 **INTERVENTIONS CIBLANT L'ALIMENTATION AU BIBERON ET PAR LES PRÉPARATIONS COMMERCIALES POUR NOURRISSONS DANS LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DE LA CARIE DENTAIRE, DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES JEUNES ENFANTS :**

Une revue intégrative.

- 47 **COMMENT SE PORTENT LES TOUT-PETITS AU QUÉBEC?**

- 52 **MÉTHODES DE PRÉVENTION DE LA CARIE DE LA PETITE ENFANCE:**

Synthèse de revues systématiques.

- 78 **CUMUL DE FONCTIONS: UN TERRAIN QUI PEUT ÊTRE GLISSANT**

- 82 **EXPLORATEUR VIRTUEL**

Devenir parent.

- 84 **MESSAGES OHDQ**

- 85 **SERVICES FINANCIERS DE LA BANQUE NATIONALE**

Investir dans l'art.



Depuis sa première édition en mars 1991, *L'Explorateur* poursuit sa mission de donner l'heure juste sur des enjeux importants de la profession d'hygiéniste dentaire centrés sur le mandat premier de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ) qui est la protection du public.

Cette revue professionnelle vise à développer les connaissances des membres de l'Ordre aux plans légal, déontologique, scientifique et clinique. Elle vise aussi à soutenir la qualité de la pratique professionnelle et à faire connaître la mission de l'Ordre et ses activités.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président

M. Jean-François Lortie, H.D., B.Éd.

Administrateurs élus et régions administratives

Centre M^{me} Stéphanie Ritchie, H.D., trésorièreSud-Est M^{me} Hélène Deschênes, H.D.Nord-Est M^{me} Anne Prévost, H.D.Sud M^{me} Kim Farrell, H.D.

Centre M. Franck Giverne, H.D.

Nord-Ouest M^{me} Thi Sopha Son, H.D.Nord-Est M^{me} Marie-Andrée Marcoux, H.D.Centre M^{me} Josée Tessier, H.D., vice-présidente

Administratrice âgée de 35 ans ou moins

M^{me} Kamilya Kaddouri, H.D.

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

M. Jean-Louis Leblond, B.A.

M. Cyriaque Sumu, Ph. D. (sociologie)

M^{me} Renée Verville, M.A., M.A.P.

M. René Joyal, CRHA

Directeur général et secrétaire de l'Ordre:

M. Jacques Gauthier, erg., M.A.P., ASC

Rédaction:

Myriam Baptiste, adjointe administrative

Julie Boudreau, H.D., syndique

Jacques Gauthier, erg., M.A.P., ASC, directeur général et secrétaire

Sophie Lecavalier, responsable des communications

Jean-François Lortie, H.D., B.Éd. président

M^{me} Laurence Rey El fatih, directrice des affaires juridiques et secrétaire adjointe

Gilles Vilasco, réviseur et rédacteur

Production

Révision Gilles Vilasco, réd. a.

Publicité OHDQ

Graphisme Z Communications

Photo couverture Shutterstock

Traduction Versacom

Note : Le générique masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes et n'est utilisé que dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal - 1^{er} trimestre 2022

Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ)

Bibliothèque et Archives Canada

ISSN : 2369-6915 (en ligne)

ISSN : 1183-4307 (imprimé)

Envoi de publication – contrat de vente No 40009269

Politique publicitaire de l'OHDQ

Disponible à la demande au service des communications.

Droits d'auteur

Tous les articles, textes, illustrations et photographies publiés dans *L'Explorateur* sont la propriété de l'OHDQ. Aucune reproduction n'est permise sans l'accord écrit de l'Ordre.



700-606, rue Cathcart

Montréal (Québec) H3B 1K9

Téléphone : 514 284-7639 ou 1 800 361-2996

Télécopieur : 514 284-3147

info@ohdq.com www.ohdq.com

AVANT-PROPOS

LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DES FEMMES ENCEINTES ET DES NOURRISSONS

Le mois d'avril approche et arrive avec le printemps notre nouvelle campagne de sensibilisation à la santé buccodentaire visant les femmes enceintes et les nourrissons! Tout au long de l'année, la population pourra suivre cette campagne sur nos sites [Facebook](#) et [Ma santé, mon sourire!](#) Nous débutons cette campagne de sensibilisation avec ce numéro de *L'Explorateur* qui vous permettra de découvrir les dernières études pertinentes choisies pour vous touchant différents aspects de la santé buccodentaire des femmes enceintes et des nourrissons.

Pendant longtemps l'on a cru qu'il y avait un lien entre maladie parodontale et issue défavorable de la grossesse. Le très intéressant *Énoncé de position* de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires (ACHD) permet de remettre de manière très opportune et efficace les pendules à l'heure. Ce texte s'intitule « *Un examen-cadre des revues systématiques de l'élément de justification de la relation causale entre la maladie parodontale et les issues défavorables de la grossesse: Exposé de position de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires* » et a pour objectif d'étudier s'il y a suffisamment de preuves qu'un lien de causalité existe entre la maladie parodontale et les effets indésirables de la grossesse. Au moyen d'une revue systématique des résultats récents de recherche, les auteurs observent que de nombreux problèmes existent dans les études publiées, ce qui peut avoir influencé ces résultats; ils concluent, en s'appuyant sur les preuves les plus récentes offertes, que les critères d'analyse ne permettent pas d'établir un tel lien de causalité.

Les parents peuvent-ils facilement intervenir pour prévenir la carie dentaire des nourrissons, le surpoids et l'obésité des jeunes enfants? Les préparations commerciales pour nourrissons sont-elles en cause? Des pratiques exemplaires en matière d'alimentation peuvent-elles être enseignées? L'intrigant article « *Interventions ciblant l'alimentation au biberon et par les préparations commerciales pour nourrissons dans la prévention et le traitement de la carie dentaire, du surpoids et de l'obésité chez les jeunes enfants: une revue intégrative* » effectue une évaluation systématique des résultats récents de recherche pour répondre de manière éclairée à ces questions. Nul doute que tous découvriront avec grand intérêt les réponses à ces interrogations dans les conclusions des auteurs!

Quel est l'état de santé buccodentaire des tout-petits au Québec? L'on reconnaîtra sans doute le nom de l'Observatoire des tout-petits, qui analyse régulièrement la santé de la petite enfance au Québec pour s'assurer que chaque tout-petit ait accès aux conditions qui assurent le développement de son plein potentiel, peu importe le milieu où il naît et grandit. Le *Portrait 2021* dresse malheureusement un état de situation préoccupant, car très peu d'enfants de moins de 5 ans consultent un dentiste pour un examen complet de leurs dents. En 2020, seulement 126 099 enfants âgés de 0 à 5 ans ont consulté un dentiste pour un examen dans le cadre du programme de soins dentaires de la RAMQ; cela correspond à moins du quart (24,2 %) de cette tranche d'âges. Il y a par conséquent encore beaucoup de sensibilisation à faire auprès des parents. C'est l'une des conclusions que vous lirez dans l'extrait que nous avons choisi pour vous, intitulé « *L'utilisation des services de soins dentaires* ».

On ne le sait que trop, la carie dentaire, l'une des maladies les plus répandues chez l'enfant, représente un problème de santé publique avec d'importantes séquelles non seulement sur la santé physique, mais également d'un point de vue économique et social. Cette réalité bien connue nous a conduits à retenir une étude qui y est consacrée : « *Méthodes de prévention de la carie de la petite enfance: synthèse de revues systématiques* ». Comment contribuer à améliorer les choses? Cette interrogation est d'autant plus nécessaire que l'on observe une insuffisance des mesures de promotion de la santé, d'éducation en santé et en prévention, sans oublier que l'absence de traitements appropriés en cas de caries sur les dents de lait est encore très courante dans plusieurs pays. Pour répondre, dans un premier temps, les auteurs évaluent de façon systématique les données scientifiques sur l'efficacité des méthodes de prévention; dans un second temps, ils évaluent les différentes actions de prévention, incluant les programmes d'éducation, avant de conclure en identifiant les méthodes de prévention les plus prometteuses. Cet article retiendra l'attention de tous les hygiénistes dentaires, notamment celles et ceux œuvrant en santé dentaire publique.

Pour terminer, n'oubliez pas que cette année sera une année particulière avec le retour du congrès annuel de l'Ordre. Les 14 et 15 octobre 2022, nous vous attendons au Centre de congrès de Saint-Hyacinthe! Dans les prochaines semaines, vous pourrez avoir un aperçu des conférences données à cette occasion. Nous espérons que le retour de cet événement sera souligné par une forte participation.

Entretemps, nous vous souhaitons une bonne lecture!

Sophie Lecavalier

Responsable des communications

MISSION DE L'OHDQ

Le mandat d'un ordre professionnel est, en vertu du Code des professions, d'assurer la protection du public.

L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec protège le public en :

- en s'assurant que les hygiénistes dentaires offrent des services de haute qualité;
- en participant à l'amélioration de la santé buccodentaire des Québécois;
- en contribuant à l'accessibilité aux soins préventifs en hygiène dentaire.

Pour ce faire, il encadre et réglemente la pratique professionnelle et soutient le leadership de ses membres dans l'exercice de leur profession.

VISION DE L'OHDQ

- Un acteur essentiel en matière de santé buccodentaire;
- Une pratique professionnelle rigoureusement encadrée;
- Une profession qui rayonne dans la société;
- Une confiance renouvelée du public envers les hygiénistes dentaires;
- Des membres fiers de leur ordre professionnel et de leur profession.

LES VALEURS PRIVILÉGIÉES POUR LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE

La rigueur – L'engagement – Le respect – La collaboration – Intégrité

Hydropulseur¹

n° 1

60 ANS

waterpik™
sonic-fusion^{MD} 2.0



Ça marche parce qu'ils l'utilisent.

(Et parce qu'ils peuvent se brosser les dents et effectuer un nettoyage interdentaire en même temps.)

La brosse à dents Sonic-Fusion^{MD} 2.0 de Waterpik^{MD} est la première brosse à dents à jet d'eau au monde. Elle combine les caractéristiques de l'hydropulseur Waterpik^{MD} traditionnel et d'une brosse à dents électrique sonique. Éprouvée en clinique, elle est plus efficace que d'autres brosses à dents soniques^{2,*}.

Jusqu'à

50 %

plus efficace que la soie dentaire pour améliorer la santé des gencives³.

Éliminait jusqu'à

99,9 %

du biofilm sur les zones traitées⁴.



BALAYEZ LE CODE
POUR VOIR LA BROSSSE
SONIC-FUSION^{MD} 2.0
EN ACTION.

* Comparativement à la brosse DiamondClean.

1. Données internes. Water Pik Inc.
2. Goyal CR, Lyle DM, Qaqish JG, et al. The addition of a water flosser to power tooth brushing: effect on bleeding, gingivitis, and plaque. *Jour Clin Dent.* 2012; 23(2):57-63.
3. Barnes CM, Russell CM, Reinhardt RA, et al. Comparison of irrigation to floss as an adjunct to toothbrushing: effect on bleeding, gingivitis and supragingival plaque. *J Clin Dent.* 2005;16(3):71-77.
4. Gorur A, Lyle DM, Schaudinn C, et al. Biofilm removal with a dental water jet. *Compend Contin Educ Dent.* 2009;30(n° spécial 1):1-6.



RECOMMANDEZ-LA
À VOS PATIENTS
COMME MOYEN
SIMPLE D'AVOIR
UN SOUIRE
SAIN

waterpik™
PROGRAMME
AVANTAGES



Inscrivez-vous au
programme Avantages
de Waterpik^{MD} au
waterpik.ca/inscription.



Le seul hydropulseur à avoir obtenu le sceau de l'ADC.
L'ADC a validé les bienfaits suivants :

- L'hydropulseur Waterpik^{MD} éliminait jusqu'à 99,9 % de la plaque sur les zones traitées.
- L'hydropulseur Waterpik^{MD} était jusqu'à 50 % plus efficace que la soie dentaire pour améliorer la santé des gencives.
- L'hydropulseur Waterpik^{MD} était jusqu'à deux fois plus efficace que la soie dentaire pour améliorer la santé des gencives autour des implants.
- L'hydropulseur Waterpik^{MD} était jusqu'à trois fois plus efficace que la soie dentaire pour éliminer la plaque autour des broches.



CÉLÉBRONS LA SEMAINE NATIONALE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES^{MD} DU 4 AU 10 AVRIL 2022

- JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.



Le mois d'avril, Mois de la santé buccodentaire au Québec, est un mois important pour les hygiénistes dentaires. C'est le mois où nous brillons dans notre rôle de professionnels de la prévention en santé buccodentaire. C'est également le mois où l'Ordre amorce la nouvelle campagne annuelle réservée au grand public sur les bonnes habitudes pour une saine hygiène dentaire afin de sensibiliser un segment de la population à l'importance d'une bonne santé

buccodentaire. Cette année, le thème de notre campagne est *Bébés et femmes enceintes : adopter les bonnes habitudes dès le départ* et la présente édition de votre revue *L'Explorateur* donne le coup d'envoi de notre campagne 2022-2023.

Nous savons — et cela est bien documenté par plusieurs études — que les variables socio-économiques du milieu de vie ont des impacts directs sur la santé globale des enfants et la santé buccodentaire n'y fait pas exception. C'est essentiellement pour cette raison que plusieurs programmes de santé publique visent à corriger certaines de ces inégalités par le biais de programmes nationaux destinés aux enfants et à leurs familles. Avec les dernières données publiées par l'Observatoire des tout-petits en 2021, force est de constater que nous avons encore beaucoup de chemin à faire en dentition primaire au Québec; il est clair pour l'Ordre que certains programmes doivent être revus afin de bonifier l'offre de **soins préventifs aux enfants** avec la participation accrue des hygiénistes dentaires.

Déjà, lors de la publication de *l'Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013* par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), les constats étaient frappants:

- La carie dentaire demeure un problème de santé publique;
- L'état de santé de la dentition temporaire piétine;
- L'état de santé de la dentition permanente fait des progrès;
- Les inégalités sociales de santé buccodentaire persistent;
- Les interventions préventives de santé dentaire et une augmentation du nombre de dents scellées seraient des pratiques à optimiser.

Le *Portrait 2021* des tout-petits au Québec ne s'est malheureusement guère amélioré depuis la publication de cette étude et c'est pour cette raison que je fais appel à vous pour mettre l'accent dans

votre milieu de pratique, tout au long de l'année, sur les initiatives éducatives visant la femme enceinte, les jeunes parents et leurs enfants. Plusieurs nouvelles ressources seront mises à votre disposition au cours des prochaines semaines sur notre page Facebook ainsi que sur notre microsite Masantemonsourire.com. De plus, l'Ordre souhaite également accentuer la présence d'hygiénistes dentaires dans les salons consacrés aux bébés et aux femmes enceintes, comme les salons Maternité/Paternité et les salons de la Famille. Si vous constatez qu'il y a des salons de ce type dans votre municipalité ou dans votre région, je vous demande instamment de bien vouloir nous en informer pour que nous puissions vous aider, vous ou un autre hygiéniste dentaire de la région, à promouvoir la sensibilisation et la participation à l'amélioration de la santé buccodentaire des Québécois.

PLAN DE COMMUNICATION SUR LA MODERNISATION DE LA PROFESSION

Ça y est! Notre vaste campagne médiatique qui a pour but d'informer la population sur la modernisation de la profession ainsi que les hygiénistes dentaires sur les changements apportés par ce nouveau contexte s'en vient ce printemps. Une fois notre campagne annuelle de sensibilisation bien en selle, ce sera le début d'un axe important de notre *Plan stratégique 2021-2025* qui vise à accroître le rayonnement, la notoriété et l'attractivité à la profession d'hygiéniste dentaire. Cette campagne de rayonnement, dites 360°, propose une stratégie diversifiée multiplateforme qui nous permettra de joindre l'ensemble des différents publics sur une période de deux ans.

De plus, ce plan de communication prévoit le retour de la tournée du président à l'automne 2022. Ces rencontres-conférences serviront à échanger et à répondre à vos questions sur la modernisation et se feront aux quatre coins de la province, mais en roulement de 50 % des régions visitées chaque année. Je profiterai de cette tournée pour aller voir vos initiatives régionales, rencontrer les acteurs clés de la région et sensibiliser vos médias selon les enjeux régionaux. Dès que le calendrier sera établi, vous serez informé des régions qui seront visitées cette année et j'ai hâte d'aller, enfin, à votre rencontre pour discuter avec vous de la nouvelle Vision de *l'Ordre des hygiénistes dentaires*.

Bon mois de la santé buccodentaire et continuez de faire briller votre rôle de professionnel de la prévention!

JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.
Président de l'Ordre

TIME TO CELEBRATE NATIONAL DENTAL HYGIENISTS WEEK™ THIS APRIL 4-10, 2022

– JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.



April is an important month for dental hygienists in Québec as it is Oral Health Month. This is our time to shine as professionals who specialize in oral health prevention. April is also when the Order launches the new annual campaign on good oral health practices in order to raise public awareness about the importance of good oral health. This year's theme is *Bébés et femmes enceintes : adopter les bonnes habitudes dès le départ* [babies and pregnant women:

adopting good habits right from the start], and this issue of your *Explorateur* magazine kicks off our 2022-2023 campaign.

With a wealth of well-documented studies in hand, we know that socioeconomic status and home environmental factors have a direct impact on the overall health of children, and oral health is no exception. This is why several public health programs aim to remedy some of these inequalities through national programs for children and their families. When it comes to primary teeth in Québec, the latest data published by the Observatoire des tout-petits in 2021 make it clear that we still have a long way to go; it is clear for the Order that certain programs must be reviewed in order to improve the offer of **preventive care to children** with greater participation from dental hygienists.

The findings from the *Étude clinique sur l'état de santé bucco-dentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013* [clinical study on the oral health of Québec elementary school students in 2012-2013] conducted by the Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) were already particularly striking back then:

- Dental caries remain a public health problem;
- The health of primary teeth remains stagnant;
- The health of permanent teeth has shown progress;
- Social inequalities in oral health continue to persist;
- Preventive oral health interventions and an increase in the number of sealed teeth *are the best practices to prioritize.*

Unfortunately, *the Portrait 2021* of children in Québec has not improved much since the study's publication and that is why I am calling on you to focus on educational initiatives—all year long at your workplace—aimed at pregnant women, young parents and their children. In the coming weeks, you will have access to several new resources via our Facebook page and dedicated

microsite at Masantemonsourire.com. The Order would also like to increase the presence of dental hygienists at fairs dedicated to babies and pregnant women, such as the Salon Maternité/ Paternité [Parents and Kids Fair] and the Salon des Familles [Fair for Families]. If there are such fairs advertised in your municipality or region, I urge you to let us know so that we can help you, or another dental hygienist in the region, generate awareness and contribute to improving the oral health of Quebecers.

COMMUNICATION PLAN FOR MODERNIZING THE PROFESSION

It's happening! Our mass media campaign—created to inform both the public about our efforts to modernize the profession and dental hygienists about the impending changes—is set to launch this spring. Once underway, our annual awareness campaign will mark the start of a key focus of our *2021-2025 Strategic Plan* which is to increase the outreach, recognition, and attractiveness of the dental hygiene profession. This outreach campaign, known as 360°, proposes a diversified multi-platform strategy that will allow us to reach out to diverse populations over a two-year period.

The communication plan also includes the return of the President's tour in the fall of 2022. These meeting-conferences will serve as a forum to discuss issues and answer your questions on the modernization initiative and will be held across the province, but on a rotating schedule, with 50% of the regions visited each year. I will take advantage of this tour to learn about your regional initiatives, meet with key local players, and raise media awareness about issues that matter to you. As soon as the schedule is finalized, we will let you know which regions I'll be visiting this year. I look forward to finally meeting with you to discuss the new vision of *the Order of Dental Hygienists*.

Happy Oral Health Month and keep shining as the prevention professionals that you are!

JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.
President



UN ORGANIGRAMME RENOUVELÉ POUR LA PERMANENCE DE L'ORDRE!

- **JACQUES GAUTHIER**, erg., M.A.P., ASC



Le plan stratégique 2021-2025 prévoit une importante réorganisation interne des services de l'Ordre, de même qu'une augmentation substantielle du nombre de membres du personnel au cours des quatre années du cycle stratégique. En effet, afin d'être en mesure d'atteindre en toute confiance ses objectifs dont la majorité découle de la mise en place de tous les mécanismes de protection du public et des normes d'exercice exigés par la modernisation de la profession, l'Ordre a rapidement constaté qu'une

optimisation de ses ressources humaines était requise. À terme, l'équipe de l'Ordre passera de vingt employés en 2019-2020 à vingt-cinq en 2024-2025, en plus de voir des postes à temps partiel progresser vers des postes à temps plein.

Cet article vous présente brièvement la nouvelle organisation interne qui s'est mise en place graduellement au cours de l'année 2021-2022, en plus de décrire le plan de développement des ressources humaines prévu pour les trois prochaines années.

Une réorganisation constituée de quatre grandes directions

Un des premiers objectifs de la réorganisation interne fut de regrouper les services et les missions de l'Ordre à l'intérieur de quatre grandes directions :

1. La direction générale;
2. Les services juridiques et le secrétariat général;
3. Le Bureau du syndic;
4. L'exercice de l'hygiène dentaire.

1. LA DIRECTION GÉNÉRALE

En plus d'encadrer l'ensemble des mandats et des services de l'Ordre, la direction générale regroupe plus particulièrement les services administratifs et les communications. Cette direction voit à la saine gestion de l'Ordre et soutient les activités de la présidence, du Conseil d'administration et de ses comités. À ce titre, elle assume ainsi une partie des responsabilités du secrétariat général qui sont principalement liées à la saine gouvernance de l'Ordre.

Membres de l'équipe de la direction générale :

- Jacques Gauthier, directeur général et secrétaire;
- Agnès Neyret, adjointe administrative à la direction générale;
- Sophie Lecavalier, responsable des communications;
- Myriam Baptiste, adjointe administrative à la présidence et aux communications;
- Liliane Mukendi, commis-réceptionniste;
- Walter Barbosa, responsable des ressources financières et matérielles;
- Olga Milyaeva, adjointe administrative aux ressources financières et matérielles.

Comités de l'Ordre sous la responsabilité de cette direction :

- Comité de révision;
- Comité de révision des équivalences;
- Comité des prix et des bourses;
- Comité des publications.

2. LES SERVICES JURIDIQUES ET LE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

Cette direction assume l'ensemble des responsabilités liées à la délivrance des permis et à l'inscription au Tableau des membres. Cela inclut la gestion des demandes d'études d'équivalence du diplôme et de la formation, des dossiers de retour à la pratique et ceux des retours à une pratique clinique auprès de clients. Cette direction assure également les liens avec les neuf cégeps offrant le programme de techniques d'hygiène dentaire et la Commission d'agrément dentaire du Canada. Sur le plan des services juridiques, cette direction est responsable de l'ensemble de la réglementation de l'Ordre, de sa mise à jour et de la conduite de tous les processus de rédaction et de consultation liés à l'adoption de nouveaux règlements. L'Ordre a priorisé ce secteur d'activités pour l'ajout de personnel en 2021-2022 qui dispose maintenant d'une coordonnatrice de l'admission et d'une adjointe administrative à l'admission à temps plein, plutôt qu'à temps partiel.

Membres de la direction des services juridiques et du secrétariat général :

- M^e Laurence Rey El fatih, directrice des affaires juridiques et secrétaire adjointe;
- Nancy Vallée, adjointe administrative au secrétariat général;
- Anna-Maria Cuzzolini, H.D., coordonnatrice de l'admission;
- Nadine Caron, adjointe administrative à l'admission et au Tableau des membres;
- Maryse Quesnel, H.D., conseillère aux équivalences.
- Jocelyne Long, H.D., chargée d'affaires professionnelles aux équivalences (poste temporaire)

Comités de l'Ordre sous la responsabilité de cette direction :

- Comité de délivrance des permis ;
- Comité d'admission ;
- Comité d'examen des conditions particulières d'exercice ;
- Conseil de discipline ;
- Comité de la formation des hygiénistes dentaires.

3. LE BUREAU DU SYNDIC

Le Bureau du syndic est responsable de la gestion des signalements reçus concernant les membres de l'Ordre sur le plan du respect de la déontologie professionnelle et de la réglementation, de la conduite des enquêtes disciplinaires et de la gestion des dossiers déposés en plainte devant le Conseil de discipline. Il s'implique activement par des actions préventives pour favoriser la bonne conduite déontologique des hygiénistes dentaires. En plus de ce volet, le Conseil d'administration a confié au Bureau du syndic la gestion des dossiers d'enquête en matière d'usurpation du titre et d'exercice illégal de la profession d'hygiéniste dentaire. Ce secteur a également connu une importante croissance au cours de la dernière année, le poste de syndique devenant un poste à temps plein et celui de syndique adjointe étant maintenant à deux jours par semaine. Au cours de la prochaine année, une adjointe administrative se joindra à l'équipe du Bureau du syndic.

Membres du Bureau du syndic :

- Julie Boudreau, H.D., syndique ;
- Karine Gagné, H.D., syndique adjointe ;
- Adjointe administrative au Bureau du syndic (poste à pourvoir en 2022-2023).

4. LA DIRECTION DE L'EXERCICE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE

Cette direction a pour responsabilité l'ensemble des activités qui permettent d'assurer la qualité de l'exercice de la profession par les membres de l'Ordre. Ainsi, cette direction est responsable de l'inspection professionnelle, de la définition des normes d'exercice de l'hygiène dentaire, du développement professionnel des membres de l'Ordre et du développement de la profession en elle-même. Cette direction connaîtra une importante croissance au cours du cycle stratégique étant donné le volume d'activités généré par la modernisation de la profession.

Membres de la direction de l'exercice de l'hygiène dentaire :

- Directrice ou directeur de l'exercice de l'hygiène dentaire (poste à pourvoir en 2022-2023) ;
- Susan Badanjak, H.D., responsable du développement de la profession ;
- Chargée ou chargé d'affaires professionnelles (poste à pourvoir en 2023-2024) ;
- Josée Walker, H.D., chargée d'affaires professionnelles (poste temporaire jusqu'en juillet 2022).

Inspection professionnelle

- Joëlle Mbanga, H.D., coordonnatrice de l'inspection professionnelle ;
- Carolle Bujold, H.D., inspectrice ;
- Manon L'abbée, H.D., inspectrice ;
- 3^e inspectrice (poste à pourvoir en 2023-2024) ;
- Jinette Laparé, adjointe administrative à l'inspection professionnelle ;
- 2^e adjointe administrative à l'inspection professionnelle (poste à pourvoir en 2022-2023).

Développement professionnel

- Dieuline Jean-Charles, H.D., coordonnatrice du développement professionnel ;
- Orlina Ngoué, adjointe administrative au développement professionnel.

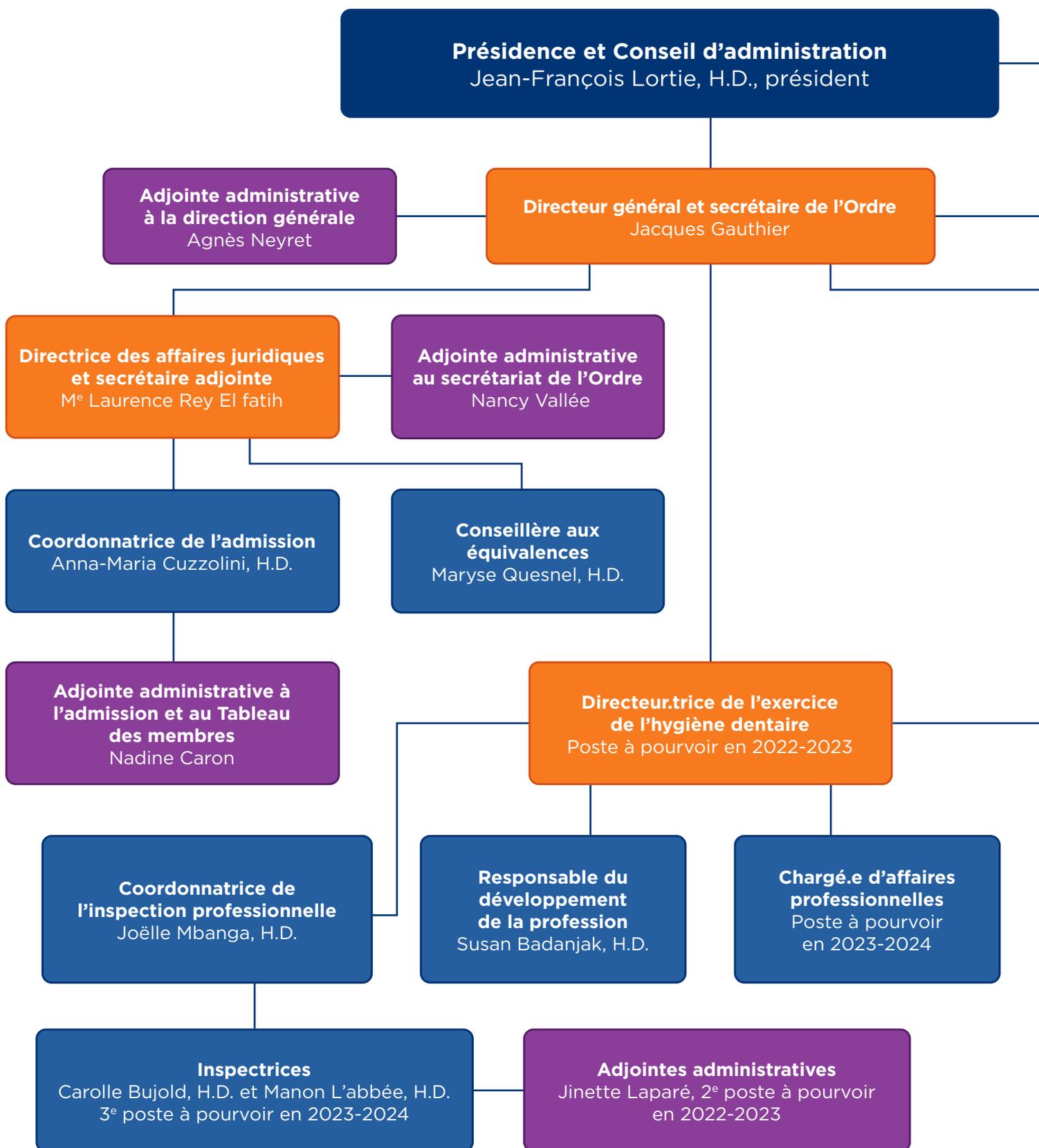
Comités de l'Ordre sous la responsabilité de cette direction :

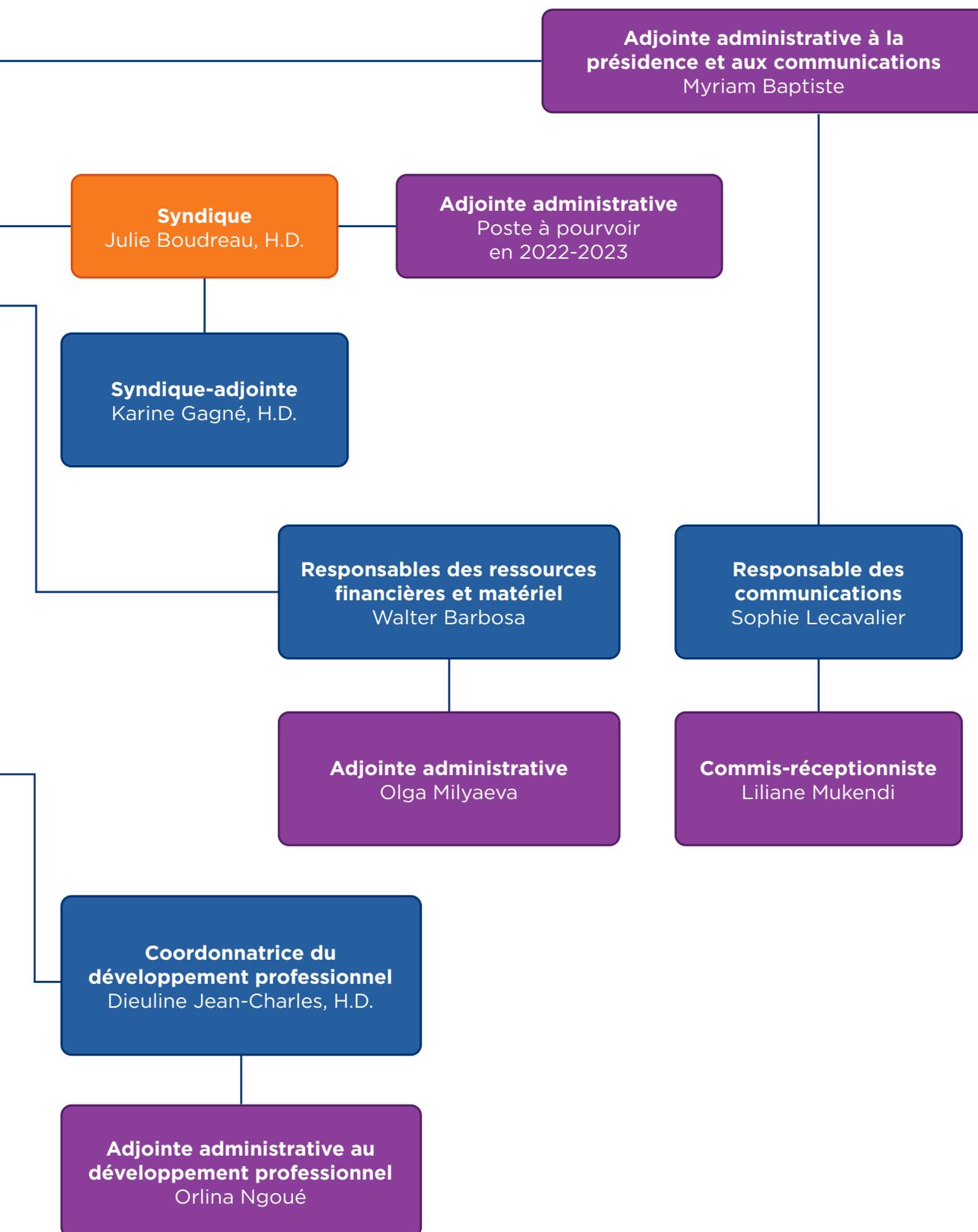
- Comité d'inspection professionnelle ;
- Comité de prévention et de contrôle des infections.

Comme vous pouvez le constater, l'Ordre déploie d'importants efforts pour solidifier et diversifier les compétences de son équipe interne afin de toujours mieux accomplir sa mission de protection du public tout en assurant l'importante croissance de ses responsabilités et de son volume d'activités.



ORGANIGRAMME - ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC





UN EXAMEN-CADRE DES REVUES SYSTÉMATIQUES DE L'ÉLÉMENT DE JUSTIFICATION DE LA RELATION CAUSALE ENTRE LA MALADIE PARODONTALE ET LES ISSUES DÉFAVORABLES DE LA GROSSESSE:

Exposé de position de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires.

- **SALME E LAVIGNE***, PhD, HDA

- **JANE L FORREST[§]**, Déd, HDA

Reproduction autorisée de «l'Association canadienne des hygiénistes dentaires (ACHD)», publié par le Journal canadien de l'hygiène dentaire 2020;54(2):92-100

RÉSUMÉ

Les exposés de position précédents ont confirmé des associations entre la maladie parodontale et les issues défavorables de la grossesse. Des associations causales n'ont pas été confirmées et ont été la source de beaucoup de confusion pour la profession et la population. **Objectif:** Étudier s'il y a suffisamment de preuves qu'une relation de cause à effet existe entre la maladie parodontale et les issues défavorables de la grossesse. **Méthodologie:** La question de PICO était: «Les adultes en bonne santé générale, qui ont reçu un diagnostic de maladie parodontale, auront-ils une réduction de leur risque d'issues défavorables de la grossesse s'ils reçoivent une thérapie parodontale non chirurgicale (TPNC), par rapport à ne pas recevoir de thérapie parodontale non chirurgicale?» Seules les revues systématiques (RS) avec ou sans méta-analyses (MA) d'essais contrôlés randomisés publiés en anglais entre 2007 et 2019 ont été incluses. Les recherches de bases de données ont été effectuées, entre autres, dans PubMed, MEDLINE, EbscoHost, CINAHL, Scopus, le registre de revues systématiques Cochrane et le registre des essais cliniques. Des évaluations de la qualité ont été effectuées par les deux auteures à l'aide de la liste de vérification PRISMA. Les critères de Bradford Hill ont été utilisés pour déterminer la preuve de causalité. **Résultats:** Parmi les 37 dossiers extraits sur les issues défavorables de la grossesse, 9 dossiers ont satisfait aux critères d'inclusion et ont été analysés. Aucun dossier n'a montré que la TPNC réduit le risque d'issues défavorables de la grossesse. **Conclusions:** L'analyse de critères de Bradford Hill n'a pas réussi à appuyer une relation de cause à effet entre la maladie parodontale et des issues défavorables de la grossesse selon les preuves les plus récentes offertes.

Mots clés: insuffisance de poids à la naissance, issues défavorables de la grossesse, maladie parodontale, méta-analyses, naissance prématurée, prééclampsie, santé buccodentaire ET revues systématiques, traitement parodontal

Catégories du programme de recherche de l'ACHD: évaluation et gestion du risque; renforcement des capacités de la profession

ÉNONCÉ DE POSITION DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES

L'Association canadienne des hygiénistes dentaires convient que, malgré les associations déjà établies entre la maladie parodontale et les issues défavorables de la grossesse, il y a insuffisamment de preuves qui démontrent que la maladie parodontale cause des issues défavorables de la grossesse.



*Chercheuse principale, École d'hygiène dentaire, Collège de dentisterie, Rady Faculty of Health Sciences, Université du Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada
[§]Professeure émérite de la dentisterie clinique, Université de Californie du Sud, Los Angeles, Californie, É.-U., directrice, Centre national de la recherche et de l'exercice de l'hygiène dentaire

Correspondance: Salme E Lavigne; salme.lavigne@umanitoba.ca

Manuscrit soumis le 16 septembre 2019, révisé le 6 janvier et le 24 janvier 2020, accepté le 9 mars 2020

© 2020 Association canadienne des hygiénistes dentaires

INTRODUCTION

Des liens entre la maladie parodontale et un certain nombre de maladies systémiques ont été suggérés depuis la fin des années 1800, alors que des médecins avaient émis l'hypothèse que les bactéries de la bouche étaient responsables de tout, des abcès cérébraux à l'arthrite^{1,2}. L'arrivée de la « médecine parodontale » au début des années 1990 a entraîné l'augmentation du nombre d'études examinant les relations entre de nombreux états bucco-dentaires et systémiques, et l'inflammation a été depuis reconnue comme facteur commun. Malgré le nombre de recherches publiées au cours des 30 dernières années, des questions subsistent sur la nature exacte de ces relations. Bien que des liens puissent être établis sous forme d'associations ou de corrélations, ils ne doivent pas être présumés en être la cause.

Malheureusement, les différences entre les associations et la causalité ne sont pas bien comprises et les termes sont souvent employés de façon interchangeable. Une relation ne fait que décrire simplement comment 2 variables *peuvent* en quelque sorte être liées ou associées l'une à l'autre. Par exemple, les taux de cancer des poumons sont plus élevés chez les personnes sans éducation postsecondaire (qui ont tendance à fumer davantage), mais cela ne veut pas dire qu'une personne peut réduire son risque de cancer en obtenant simplement une formation collégiale ou universitaire³. Une « association » fait référence à « la relation entre une exposition (ou une caractéristique) et une maladie qui est statistiquement dépendante: il s'agit donc que la présence de l'une modifie la probabilité de constater la présence de l'autre. Une association est une condition nécessaire d'une relation de cause à effet, mais toutes les associations n'en sont pas la cause. S'il n'y a pas d'association, les variables sont dites indépendantes »⁴.

Une corrélation est une relation dans laquelle il y a une « association linéaire entre deux variables continues ou ordinales. La mesure de la corrélation est le coefficient de corrélation, qui varie de 1 (association positive parfaite, p. ex., à mesure qu'une variable augmente, la seconde augmente aussi au même rythme) à 0 (aucune association) jusqu'à -1 (une association négative parfaite, p. ex., à mesure qu'une variable augmente, la seconde diminue au même rythme) »⁴.

Pour qu'une relation soit désignée « de causalité », « une cause à effet » actuelle doit être établie par l'intermédiaire d'un ensemble de critères très rigoureux. L'on doit pouvoir énoncer avec certitude que « A » cause « B » (il a été démontré qu'une exposition précise a causé un résultat précis)⁴. Des essais cliniques randomisés (ECR) fournissent les données les plus probantes de cause à effet, plutôt que d'avoir des résultats produits par hasard. Ces études expérimentales, les plus exigeantes sur le plan méthodologique, sont celles dont les variables examinées (p. ex., l'intervention, le moment qu'elle est exécutée et la dose), sont contrôlées ou manipulées par les chercheurs. Un exemple de ces études est l'évaluation de l'efficacité d'un traitement, par rapport à un autre traitement ou placebo⁵.

Souvent, lorsque les cliniciens lisent un article de recherche signalant une corrélation ou une association entre une maladie bucco-dentaire et un résultat d'intérêt particulier, ils sautent automatiquement et incorrectement à la conclusion que la relation est de causalité. D'excellents exemples de telles interprétations fautives sont souvent associés à des liens proposés entre la santé bucco-dentaire et la santé systémique, comme l'hypothèse que la parodontite est une cause de maladies cardiaques ou d'issues défavorables de la grossesse, ou que le stress cause la parodontite. Il est important que les cliniciens comprennent que

les corrélations et les associations ne laissent pas supposer ou n'équivalent pas à la causalité. En fait, des hypothèses incorrectes de causalité posent un problème majeur de santé publique. Du point de vue de la santé publique, aucune preuve ne doit être jugée causale à moins qu'elle n'ait subi un examen très rigoureux au moyen de lignes directrices de santé publique normalisées, telles que les critères de causalité de Bradford Hill⁶ (Tableau 1).

En 2004, Lux et Lavigne^{7,8} ont publié un exposé de position pour l'Association canadienne des hygiénistes dentaires (ACHD) en 2 parties, énonçant la nature des liens proposés entre la maladie parodontale et 4 maladies systémiques: les maladies cardiovasculaires, les bébés prématurés ayant une insuffisance de poids à la naissance, les maladies respiratoires, et le diabète. Des mises à jour de ces premiers exposés de position ont été publiées dans le *Journal canadien de l'hygiène dentaire* en novembre/décembre 2006⁹ et en janvier/février 2007¹⁰, dans lequel l'auteur avait signalé des associations entre la maladie parodontale et les maladies cardiovasculaires, le diabète, les issues défavorables de la grossesse et les maladies respiratoires (en particulier, la pneumonie chez les aînés à la santé fragilisée).

Une cartographie systématique récente des registres d'essais de recherches cliniques effectués en médecine parodontale a révélé l'hypothèse qu'il y a actuellement 57 états de santé liés à la maladie parodontale¹¹. Bien qu'il soit au-delà de la portée du présent exposé de position d'explorer tous ces liens proposés, le statut de 10 de ces hypothèses sera évalué dans une série d'exposés de position rédigés par les mêmes auteures et diffusés dans les mois à venir par l'ACHD. Le premier manuscrit, qui évalue la preuve qu'une relation de cause à effet existe entre la maladie parodontale et les maladies cardiovasculaires a été publié en février 2020 dans ce journal¹². Les prochains exposés de position évalueront la nature des relations entre la maladie parodontale et les maladies respiratoires, le diabète, l'obésité, la polyarthrite rhumatoïde, la maladie d'Alzheimer, l'insuffisance rénale terminale, les cancers inflammatoires, et la grippe.



TABLEAU 1: Les critères de causalité de Bradford Hill⁶

Critères	Signification
Force de l'association	Une association forte est plus susceptible d'avoir une composante de causalité qu'une association modeste. La force de l'association est déterminée par les types d'études existantes. Les études de plus haut niveau de la pyramide de preuves représenteraient les associations les plus fortes (p. ex., les ECR et les revues systématiques avec méta-analyses). Les résultats de ces études doivent démontrer un rapport de cotes ou un risque relatif d'au moins 2,0 ou plus pour être significatifs. Tout ce qui se situe entre 1 et 2 est faible tandis que >2 est modéré et >4 est jugé fort.
Constance de l'association	Une relation est observée à maintes reprises dans toutes les études disponibles.
Spécificité	Un facteur influence précisément un résultat ou une population en particulier. Plus l'association est précise entre un facteur et un effet, plus grande est la probabilité qu'elle est de causalité.
Temporalité	La cause doit précéder le résultat qu'elle est censée influencer (p. ex., fumer avant l'apparition du cancer des poumons). Le résultat est évalué au fil du temps (étude longitudinale).
Gradient biologique (dose-effet)	Le résultat augmente de façon monotone avec l'augmentation de la dose d'exposition ou selon une fonction prédite par une théorie substantive (p. ex., le plus de cigarettes qu'une personne fume, le plus élevé est la chance de l'apparition du cancer).
Plausibilité biologique	L'association observée peut être expliquée de manière plausible par un sujet d'importance (p. ex., biologiquement possible).
Cohérence	Une conclusion de causalité ne devrait pas être en contradiction fondamentale avec la connaissance substantive actuelle. (Les études ne doivent pas se contredire.)
Essai	La causalité est plus probable si la preuve est fondée sur des essais randomisés ou une revue systématique des essais randomisés. Cependant, ces ECR peuvent ne pas être possibles sur le plan éthique et ainsi, les études prospectives, plutôt que celles expérimentales, telles que les études des cohortes, peuvent être le niveau le plus élevé de preuves disponibles.
Analogie	Pour les expositions et les résultats analogues, un effet a déjà été démontré (p. ex., les effets démontrés en premier lieu sur les animaux ou un effet produit auparavant sur les humains, tels que les effets de la thalidomide sur un fœtus pendant la grossesse).

Source: Lavigne SE. From Evidence to Causality: How Do We Determine Causality? [Cours en ligne], 2018. Sur Internet: www.dentalcare.com/en-us/professional-education/ce-courses/ce530

Le but de la mise à jour de ces exposés de position est d'examiner la recherche effectuée depuis la publication des derniers exposés de position de l'ACHD en 2006 et au début de 2007 sur ces relations proposées. Contrairement à la méthodologie utilisée pour les exposés de position et les mises à jour précédents, cette enquête évalue plus précisément si l'état des preuves a évolué, passant d'un statut d'associations à un statut de causalité réelle. L'établissement d'une relation de cause à effet exige des études qui ont examiné une intervention, donc seuls les niveaux de preuve les plus élevés seront recherchés pour cette mise à jour. Cet exposé de position est le deuxième de la série et il examine si une relation de cause à effet existe entre la maladie parodontale et les issues défavorables de la grossesse.

MÉTHODOLOGIE

Une question de PICO fondamentale a été élaborée pour les 5 premiers liens buccaux-systémiques à être explorés dans cette série d'exposés de position. En matière des issues défavorables de la grossesse, la question de PICO était adaptée comme suit: « Les adultes en bonne santé générale, qui ont reçu un diagnostic de maladie parodontale (**Population**), auront-ils une réduction de leur risque d'issues défavorables de la grossesse (**Résultat**) s'ils reçoivent une thérapie parodontale non chirurgicale (TPNC) (**Intervention**), par rapport à ne pas recevoir de TPNC (**Groupe de comparaison**) » ?

Critères d'admissibilité

Les 2 auteurs ont exploré indépendamment la documentation, limitant la recherche aux revues systématiques (RS) avec ou sans méta-analyses (MA) des études par intervention en utilisant les

critères d'inclusions et d'exclusions présentés au Tableau 2. Les RS et les MA d'études par observation ont été exclues.

Stratégie de recherche

Les bases de données dans lesquelles des recherches ont été effectuées comprenaient PubMed, MEDLINE, EbscoHost, CINAHL, Scopus, le registre de revues systématiques Cochrane et le registre d'essais cliniques (clinicaltrials.gov). De plus, des recherches ont été effectuées dans les bibliographies d'articles extraits pour trouver d'autres revues systématiques et méta-analyses pertinentes, qui ont été ajoutées au besoin. Les mots clés utilisés pour chaque recherche étaient les suivants: issues défavorables de la grossesse, naissance prématurée, insuffisance de poids à la naissance, prééclampsie, maladie parodontale, traitement parodontal, revues sur la santé buccodentaire ET systématique, méta-analyses.

Les stratégies de recherche (limitées aux publications après 2007 et rédigées en anglais) étaient comme suit:

- issues défavorables de la grossesse et maladie parodontale et revues systématiques
- issues défavorables de la grossesse et traitement parodontal et revues systématiques
- issues défavorables de la grossesse et santé buccodentaire et revues systématiques

TABLEAU 2: Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Publiées entre 2007 et 2019	Publiées avant 2007
En anglais	Langues autres que l'anglais
Revue systématique (RS) avec ou sans méta-analyses (MA) d'ECR	Résumés, affiches, travaux d'un congrès, éditoriaux ou commentaires, études en double, revues narratives, ECR, études par observation/à la fois les cohortes et les cas-témoins et les revues systématiques ou les études de cas-témoins.
Études comprenant des humains	Études animales (in vivo, ex vivo) et études in vitro

TABLEAU 3: Articles triés sur les issues défavorables de la grossesse qui ont été inclus ou supprimés

Inclus	Inclus	Raisons pour avoir été supprimés
1. Ihezor-Ejiofor et autres	Spivakovsky 2018 ²⁵ (résumé critique par Ihezor-Ejiofor (Cochrane))	Doublon (résumé critique)
2. Polyzos et autres 2017 ¹⁴ (15 ECR) (Revue Cochrane)	Baccaglini 2011 ²⁶ (résumé critique par Polyzos)	Doublon (résumé critique)
3. Kim et autres 2012 ¹⁶ (12 ECR ... 6 après 2008) (É.-U.)	Dasanyake 2013 ²⁷ (résumé critique par Kim)	Doublon (résumé critique)
4. Chambrone et autres 2011 ¹⁷ (13 ECR) (Brésil)	Leader 2011 ²⁸ (résumé critique par Chambrone)	Doublon (résumé critique)
5. Rangel-Rincón et autres 2018 ¹⁸ 2-4 ci-dessus comprises dans cet examen-cadre (18 RS, 19 études par intervention) (Colombie)	Vivares-Builes et autres 2018 ²⁹ (Colombie)	99 RS, mais toutes des études par observation. Le but était d'établir une association.
6. Shah et autres 2013 ¹⁹ (RS de 13 ECR) (Inde)	Corbella et autres 2016 ³⁰ (Italie)	Tous des cas-témoins ou des études des cohortes
7. da Silva et autres 2017 ²⁰ (4 ECR) (Brésil)	Daalderop et autres 2018 ³¹ (Pays-Bas)	23 RS, mais toutes les études étaient des cohortes, des cas-témoins, ou des EC
8. Schwendicke et autres 2015 ²¹ (Incl. 13 ECR) (Allemagne, États-Unis, Danemark)	Ide et autres 2013 ³²	Aucune étude par intervention
9. Lopez et autres 2015 ²² (RS E3 6 méta-analyses)		
10.	Abati et autres 2013 ³³	Seulement les études de cas-témoins
11.	Teshome et autres 2016 ³⁴	Seulement les études de cas-témoins
12.	Macones et autres 2010 ³⁵	Éditorial de Polyzos
13.	Otomo-Corgel et autres 2012 ³⁶	Analyse documentaire

Sélection de l'étude

Les 2 auteures ont trié de manière indépendante les titres et les résumés de tous les articles extraits par la recherche en utilisant les critères d'inclusion, après quoi elles ont discuté leurs choix afin d'atteindre un consensus quant à leur pertinence pour une lecture du texte complet. Les 2 auteures ont examiné de manière indépendante les articles de textes complets sélectionnés et sont parvenues à un consensus sur leur inclusion ou exclusion.

Évaluation de la qualité

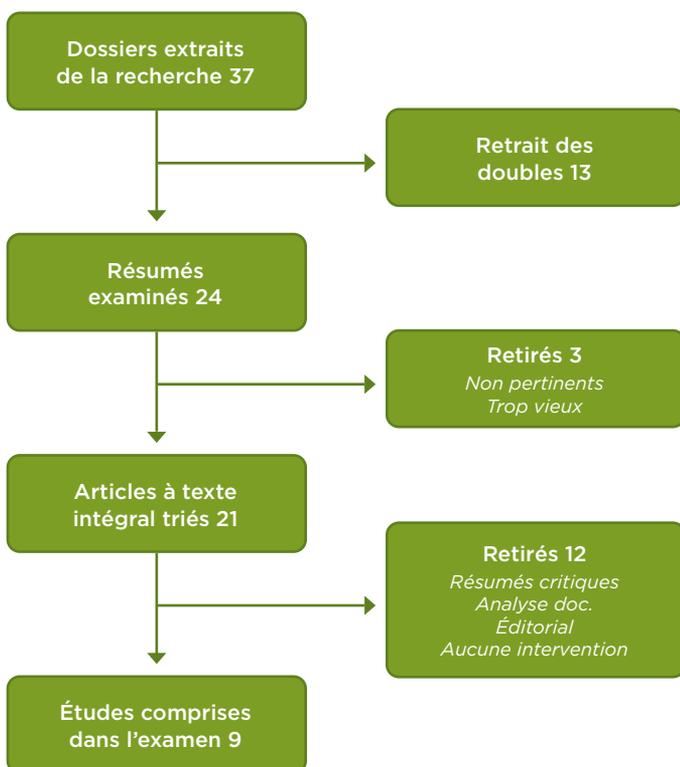
La qualité méthodologique des revues systématiques et des méta-analyses sélectionnées a été évaluée à l'aveugle par les 2 auteures au moyen de l'outil de liste de vérification PRISMA

(Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)¹³. Les cotes ont ensuite été comparées et une discussion a eu lieu sur les éléments d'incohérence afin de parvenir à un consensus.

Données extraites

Les renseignements suivants ont été extraits de chaque RS et MA sélectionnées et ils ont été compilés sous forme de tableau: année de publication, nombre d'ECR inclus, pays d'origine, méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais, l'hétérogénéité, les résultats mesurés et les conclusions des constatations.

FIGURE 1: Schéma de traitement des résultats sur les issues défavorables de la grossesse



RÉSULTATS

Trente-sept dossiers ont été extraits au total, à la fois des recherches dans les bases de données et des articles identifiés dans ces revues. Après avoir éliminé les dossiers en double et les articles jugés inadmissibles selon les critères d'inclusion, 9 études¹⁴⁻²² sont demeurées admissibles à une révision. Un schéma de traitement (Figure 1) illustre les détails du processus de sélection; le Tableau 3 présente les raisons pour lesquelles les textes complets ont été éliminés.

Les résultats de l'évaluation de la qualité des 9 RS et MA comprises sont affichés au Tableau 4. Selon les 27 éléments de la liste de vérification PRISMA, les cotes variaient entre 11 et 27. L'entente entre les 2 évaluateurs indépendants était près de 100 % et les cotes différaient de seulement 1 à 3 points. La qualité des études était généralement modérée à élevée à l'exception d'une étude¹⁹ qui était jugée par les 2 examinateurs à être de qualité très pauvre, en raison des multiples imprécisions, ainsi que des erreurs grammaticales décelées dans l'ensemble des références. Cette étude a été retirée des discussions complémentaires présentes dans cette étude.

Aucun des résultats des 9 revues systématiques et méta-analyses n'a montré un résultat positif pour l'énoncé que la TPNC réduit le risque d'issues défavorables de la grossesse. Parmi les études, 6 ont montré qu'aucune relation n'existe entre les issues défavorables de la grossesse et le détartrage et le surfaçage radiculaire à titre d'intervention, alors que 3 études ont signalé qu'il y a une « relation possible » et une étude a signalé une relation possible, mais seulement lorsqu'il y a une insuffisance de poids à la naissance. Ces résultats sont illustrés au Tableau 5.

DISCUSSION

Le but de cette étude était d'explorer l'association possible entre la thérapie parodontale non chirurgicale (TPNC) et le risque de naissance prématurée (NP) ou d'insuffisance de poids à la naissance (IPN) ou de prééclampsie. Neuf revues systématiques étaient comprises dans cette étude, dont 7 comprenaient des MA. Parmi les 2 études sans méta-analyses, il y avait un examen-cadre¹⁸ de 18 revues systématiques et une revue systématique de 6 méta-analyses²². Il y avait de nombreuses incohérences parmi les ECR comprises dans les 9 RS, et certaines d'entre elles ont signalé des associations positives dans leurs constatations descriptives, mais non appuyées dans 4 des 7 méta-analyses.

Les conclusions tirées dans les 9 études signalaient avec cohérence qu'aucune relation positive n'existait entre la TPNC fournie pendant le second trimestre de la grossesse et l'apparition de la naissance prématurée ou l'insuffisance de poids à la naissance. La seule revue systématique qui comprenait des études sur les effets de la TPNC sur la prééclampsie a été menée par Kunnen et collègues²³ et était comprise dans l'examen-cadre par Rangel-Rincón¹⁸. Aucun effet de traitement parodontal sur le risque de prééclampsie n'a été trouvé dans leur méta-analyse. Deux MA^{16,21} ont effectué des analyses de sous-groupes et ont trouvé des effets significatifs pour la naissance prématurée, mais seulement pour des études menées dans des pays à faible revenu où une prévalence élevée d'insuffisance de poids à la naissance et de naissances prématurées existe.

Dans l'étude par Chambrone et autres¹⁷, qui comprenait 13 essais impliquant 6813 femmes, malgré les résultats positifs signalés par plus de la moitié des études comprises, les MA effectuées sur 11 des essais ont montré que la TPNC n'avait que très peu sinon aucun effet sur les issues de la grossesse. De même, Polyzos et autres¹⁵ ont conclu que le traitement de la maladie parodontale ne pouvait pas être considéré comme efficace pour réduire l'incidence de naissance prématurée, selon les résultats de 3 différentes méta-analyses, effectuées sur les 11 études comprises, impliquant 6558 femmes enceintes. Une constatation intéressante dans cette étude était que les études de qualité faible avaient tendance à surestimer l'effet du traitement par rapport aux essais de haute qualité qui ne montraient aucun effet. Les auteurs ont averti d'être prudent sur l'interprétation des données provenant d'ECR de faibles qualités lors de la prise de décisions cliniques.

Au moyen de l'examen-cadre des méta-analyses, Lopez et autres²² ont conclu que dans 4 des 5 MA, le traitement parodontal n'avait pas réduit le nombre de naissances prématurées. Cependant, une MA a constaté que le nombre de naissances prématurées avait été réduit à la suite d'un traitement parodontal, mais seulement chez les groupes à risque élevé de naissances prématurées. Cette constatation a aussi été signalée dans la RS menée par Kim et autres¹⁵ et Schwendicke et autres²¹.



TABLEAU 4: Évaluation de la qualité et résumé des revues systématiques/méta-analyses (n = 9)

Auteur (Y/Pays)	Score PRISMA	Hétérogénéité	Risque de biais	Outil d'évaluation de la qualité	Commentaires	Méta-analyses de la RS comprises
Rangel-Rincón et autres 2018 ¹⁸ (Colombie)	S.O. (examen-cadre des RS)	S.O. (examen-cadre des RS)	S.O. (examen-cadre des RS)	S.O. (examen-cadre des RS)	Examen-cadre très exhaustif	Non (examen-cadre)
Iheozor-Ejiofor et autres 2017 ¹⁴ (Revue Cochrane)	25/27	Élevé	Élevé	Outil de risque de biais Cochrane	15 ECR (7161 participants) TPNC/NP/IPN classement de la preuve est faible	Oui
da Silva 2017 ²⁰ (Brésil)	24/27	Modéré	Modéré/Élevé	Outil de risque de biais Cochrane	4 ECR inclus (2006, 2013, 2015, 2015) TPNC/NP/IPN	Oui
Schwendicke et autres 2015 ²¹ (Allemagne, États-Unis, Danemark)	18/27	Élevé	Imprécis	Outil de risque de biais Cochrane	13 ECR inclus (6283 participants) TPNC/NP/IPN	Oui
Lopez et autres 2015 ²²	18/27	Signalé individuellement par essai clinique	Signalé individuellement par essai clinique	Signalé individuellement par essai clinique	Revue systématique de 6 méta-analyses	Non (RS de 6 MA)
Shah et autres 2013 ¹⁹ (Inde)	12/27	Élevé	Imprécis	Outil de risque de biais Cochrane	13 ECR TPNC/NP/IPN RS de qualité pauvre en général	Oui
Kim et autres 2012 ¹⁶ (États-Unis)	25/27	Élevé	Faible	Outil de risque de biais Cochrane	12 ECR DSR/NP	Oui (11 études comprises)
Chambrone et autres 2011 ¹⁷ (Brésil)	22/27	Élevé	Faible	Outil de risque de biais Cochrane	13 ECR DSR/DSR avec antibiotiques NP/IPN	11 des 13 études comprises dans les MA
Polyzos et autres 2010 ¹⁵ (Grèce)	24/27	Élevé	Faible	Outil de risque de biais Cochrane	11 ECR (6558 participants) DSR/NP/IPN	Oui (3 différentes MA dans 11 études)

L'examen-cadre effectué par Rangel-Rincón et autres¹⁸ de 18 revues systématiques, dont 11 comprenaient une méta-analyse, a ciblé de nombreuses lacunes méthodologiques et conceptuelles, telles que la taille de l'échantillon, les caractéristiques socio-démographiques, le type de masque, et le contrôle des effets confusionnels. D'autres problèmes évidents étaient le manque de définition standard pour la maladie parodontale, ainsi que l'incohérence dans le type et la fréquence de traitement fourni dans chaque étude. Par exemple, bien que cette étude ait examiné les effets des traitements les plus communément utilisés (le détartrage et le surfaçage radiculaire) sur les issues défavorables de la grossesse, les périodes de gestation, les fréquences de prestation du traitement et les personnes fournissant le traitement variaient, faisant en sorte qu'il était plus difficile de tirer des conclusions valides. Puisque le résultat de cet examen-cadre n'appuyait clairement pas l'efficacité du détartrage et du surfaçage radiculaire à titre de mesure efficace pour réduire le risque d'issues défavorables de la grossesse, la recherche future devrait explorer d'autres types de traitement.

De plus, l'utilisation de différents indices pour mesurer la magnitude de la maladie parodontale, ainsi que l'utilisation de différents critères de mesure de résultats, pourrait avoir un effet majeur sur

les résultats. Lorsque les critères uniformes ne sont pas utilisés pour définir l'âge de gestation (par exemple, l'utilisation d'un échogramme par rapport à l'utilisation de la dernière période de menstruation), il y a un potentiel d'erreurs de mesures aléatoires ou indifférenciées. Une sous-estimation de l'effet véritable pourrait avoir lieu si des quantités égales d'erreurs de mesure sont trouvées à la fois dans le groupe de traitement et le groupe témoin, qui pourraient ensuite créer un biais aux ratios du risque vers la valeur nulle. La variabilité était aussi notée dans les définitions d'issues défavorables de la grossesse, ce qui rend les comparaisons difficiles. En plus des 3 issues défavorables de la grossesse explorées dans la présente étude, d'autres complications néonatales, telles que la mortinaissance et l'avortement spontané, justifient des recherches plus poussées.

Un résumé des incohérences entre les études ciblées par plusieurs auteurs des revues systématiques incluses figure au Tableau 6. Ces problèmes et incohérences devront être traités dans des études futures, car ils peuvent influencer la sélection des cas menant à un biais de sélection, la qualité globale de l'étude, et la capacité de faire des comparaisons.

TABLEAU 5: Résultats primaires des études retenues

Naissance prématurée et insuffisance de poids à la naissance		
Résultat 1 Aucune relation	Résultat 2 Relation possible	Résultat 3 Relation positive
Polyzos et autres 2010 da Silva et autres 2017 Chambrone et autres 2011 Iheozor-Ejiofor et autres 2017 (naissance prématurée) Rangel-Rincón et autres 2018 Lopez et autres 2015	Kim et autres 2012 (seulement dans les groupes à risques élevés) Schwendicke et autres 2015 (seulement chez les populations ayant une fréquence élevée >20%) Iheozor-Ejiofor et autres 2017 (insuffisance de poids à la naissance) Shah et autres 2013, MAIS (de meilleures études sont nécessaires pour démontrer la cause)	Aucun

TABLEAU 6: Résultats primaires des études retenues

<ol style="list-style-type: none"> 1. Incohérence dans la définition de maladie parodontale et l'état parodontal 2. Incohérence dans le type de traitement parodontal fourni, le moment, la fréquence, le clinicien 3. Qualité des études (faiblesses méthodologiques): <ul style="list-style-type: none"> • la faible qualité des études a appuyé un effet bénéfique du traitement pour la NP et l'IPN (hétérogénéité élevée); surestimation de l'effet de traitement • la qualité élevée des études a fourni une preuve claire qu'aucun effet de traitement n'existe 4. Biais de publication: les études qui ne démontrent aucun/effet négatif peuvent ne pas avoir été publiées 5. Les preuves n'appuient pas le DSR pour la réduction du taux de NP 6. La gingivite et la parodontite figurant dans la même méta-analyse; douteux 7. L'efficacité du traitement devrait être mesurée 8. Critères de sélection: personnes à faible risque et à risque élevé ensemble; la prise de médicaments et l'obtention d'autres traitements dentaires non signalés 9. Le DSR est-il le traitement privilégié (par rapport au bain de bouche ou aux antibiotiques)? 10. D'autres conditions, p. ex., fumer, non signalées, ni évaluées

Les auteurs de l'examen-cadre ont recommandé que les études de recherches suivent dorénavant les recommandations de surveillance épidémiologique des maladies parodontales dans les populations étudiées¹⁶.

En utilisant les 9 critères de causalité de Bradford Hill énoncés au Tableau 1, il est clair que plusieurs critères n'ont pas été satisfaits dans ces études. Par conséquent, on peut conclure qu'au moment actuel, il n'y a pas suffisamment de preuves qui appuient qu'une relation de cause à effet existe entre la maladie parodontale et les issues défavorables de la grossesse. Par exemple, commençant par «la force de l'association», aucune des 9 RS/MA n'a fourni suffisamment de preuves d'une association assez importante, malgré que les plus hauts niveaux de preuves (RS et MA) ont été évalués dans ce manuscrit. Le deuxième critère de «constance de l'association» n'a définitivement pas été satisfait, puisque les constatations des études sont incohérentes. De même, le critère de «spécificité» n'a pas démontré que, dans toute instance, le résultat serait le même. Le critère de «temporalité» a été satisfait,

mais seulement dans certaines études, où les femmes enceintes ayant une maladie parodontale et provenant de populations à risque élevé ont subi des issues défavorables de la grossesse. Aussi, les études examinées dans cet examen n'ont pas démontré un résultat de «dose- effet», en comparant les résultats avec diverses sévérités de parodontite. Le critère de «plausibilité biologique» a cependant été satisfait, puisqu'il est possible que les niveaux élevés de cytokines inflammatoires présentes au cours de la parodontite puissent avoir un effet sur la rupture prématurée des membranes, menant à la naissance prématurée. Le critère de «cohérence» n'a pas été démontré selon les incohérences et les constatations contradictoires. Le critère d'«essai» a aussi été incapable de démontrer des résultats cohérents par l'intermédiaire des ECR et des RS/MA de ces études. Finalement, le dernier critère d'«analogie», bien qu'il est le plus faible, n'a pas été exploré dans cette étude. Ainsi, parmi les 9 critères, seulement 2 critères peuvent être considérés comme satisfaits (Tableau 7).

TABLEAU 7: Analyse de critères de Bradford Hill

Critères	Satisfaits	Non satisfaits
Force de l'association		X
Constance de l'association		X
Spécificité		X
Temporalité	X (dans quelques études)	
Dose-effet		X
Plausibilité biologique	X	
Cohérence		X
Essai		X
Analogie	Non explorés	Non explorés

CONCLUSION

Selon les constatations des 9 RS/MA examinées dans cette revue actuelle, l'on peut déclarer avec confiance que la réponse à la question de PICO: « Les femmes enceintes en bonne santé générale, qui ont reçu un diagnostic de maladie parodontale, auront-ils une réduction de leur risque d'issues défavorables de la grossesse s'ils reçoivent une thérapie parodontale non chirurgicale, par rapport à ne pas recevoir de thérapie parodontale non chirurgicale? » est « non ». De nombreux problèmes existent dans les études publiées, ce qui peut avoir influencé ces résultats. Des études futures devront être axées sur la correction de ces incohérences, particulièrement en ciblant: 1) une définition normalisée de cas de la maladie parodontale; 2) le type et la fréquence de l'intervention; et 3) la population cible. De plus, les études futures devraient aussi examiner d'autres types d'interventions et mesurer leur efficacité.

Il est intéressant de noter que, en août 2013, le Comité sur les soins de santé de femmes mal desservies de l'American College of Obstetricians and Gynecologists a diffusé un article d'opinion intitulé: « Oral health care during pregnancy and through the lifespan. » (Soins de santé buccodentaire pendant la grossesse et pour la durée de vie)²⁴. Ce document a déclaré qu'il y avait un manque de preuves que les soins de santé buccodentaire prénataux améliorent les résultats de grossesse. Le collègue a cependant indiqué que l'obtention de soins de santé buccodentaire pendant la grossesse est sécuritaire et reconnaît que des améliorations dans la santé buccodentaire améliorent la santé générale en réduisant le risque de transmission de bactéries cariogéniques aux enfants.

Bien que 2 exposés de position précédents sur ce sujet, présentés par l'ACHD, ont établi des associations entre la maladie parodontale et les issues défavorables de la grossesse, aucun de ces manuscrits n'a examiné un lien de causalité. Le présent exposé de position a exploré si la maladie parodontale était liée de manière causale aux issues défavorables de la grossesse. Ses constatations fournissent des preuves claires que, malgré l'établissement d'associations, aucun lien de causalité n'existe en ce moment entre la maladie parodontale et les issues défavorables de la grossesse. Cette preuve permettra aux praticiens d'hygiène dentaire de clarifier la nature de ce lien avec leurs clients, fondé sur la recherche la plus récente.

REMERCIEMENTS

Cet exposé de position a été financé par l'Association canadienne des hygiénistes dentaires. Les deux auteures ont reçu des honoraires pour ce travail. Nous souhaitons remercier le Comité directeur de l'ACHD pour ses commentaires et ses conseils précieux tout au long de l'élaboration de ce manuscrit.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteures n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts.

Références:

- KUMAR PS. « From focal sepsis to periodontal medicine: A century of exploring the role of the oral microbiome in systemic disease », *J Physiol.*, 2017, volume 595, numéro 2, p. 465-76.
- MILLER WD. *The micro-organisms of the human mouth: The local and general diseases which are caused by them.* Philadelphia, SS White Dental Mfg Co, 1890.
- SUNY Downstate Health Sciences University. EBM Tutorial, Guide to Research Methods [Internet] [cité le 19 juillet 2019]. En ligne : <https://guides.downstate.edu/c.php?q=856794&p=6152125>
- BRUNETTE DM. « Causation, association and oral health-systemic disease connections », *The oral systemic health connection*, édité par Michael Glick, Chicago, Quintessence Publishing Co. Inc, 2014.
- FORREST JL, MILLER SA. *EBDM in action: Developing competence in EB practice*, Colbert, WA, ebdLibrary, 2016.
- HILL AB. « The environment and disease Association or causation? », *Proc Royal Soc Med.*, 1965, volume 58, p. 295-300.
- LUX J, LAVIGNE S. « Your mouth—Portal to your body, CDHA position paper on the links between oral and general health. Part I », *Probe*, 2004, volume 38, numéro 4, p. 114-34.
- LUX J, LAVIGNE S. « Your mouth—Portal to your body, CDHA position paper on the links between oral and general health. Part II », *Probe*, 2004, volume 38, numéro 4, p. 155-71.
- LUX J. « Review of the oral disease-systemic disease link. Part I: Heart disease, diabetes », *Can J Dent Hyg.*, 2006, volume 40, numéro 5, p. 288-302.
- LUX J. « Review of the oral disease-systemic disease link. Part II: Preterm low birth weight babies », *Can J Dent Hyg.*, 2007, volume 41, numéro 1, p. 8-21.
- MONSARRAT P, BLAIZOT A, KÉMOUN P, RAVAUD P, NABET C, SIXOU M, VERGNES J-N. « Clinical research activity in periodontal medicine: a systematic mapping of trial registers », *J Clin Periodontol.*, 2016, volume 43, p. 390-400. doi: 10.1111/jcpe.12534.
- LAVIGNE SE, FORREST JL. « An umbrella review of systematic reviews of the evidence of a causal relationship between periodontal disease and cardiovascular diseases: Position paper from the Canadian Dental Hygienists Association », *Can J Dent Hyg.*, 2020, volume 54, numéro 1, p. 32-41.
- MCINNES MDF, MOHER D, THOMBS BD, MCGRATH TA, BOSSUYT PM, THE PRISMA-DTA Group. « Preferred reporting items for a systematic review and meta-analysis of diagnostic test accuracy studies: The PRISMA-DTA statement », *JAMA*, 23 janvier 2018, volume 319, numéro 4, p. 388-396. doi: 10.1001/jama.2017.19163.
- IHEOZOR-EJIOFOR Z, MIDDLETON P, ESPOSITO M, GLENNY AM. « Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women », *Cochrane Database Syst Rev.*, 2017, volume 6, CD005297.
- POLYZOS NP, POLYZOS IP, ZAVOS A, VALACHIS A, MAURI D, PAPANIKOLAOU EG, TZIORAS S, WEBER D, MESSINIS IE. « Obstetric outcomes after treatment of periodontal disease during pregnancy: systematic review and meta-analysis », *BMJ*, 2010, volume 341, c7017.
- KIM J, LO AJ, PULLIN DA, THORNTON-JOHNSON DS, KARIMBUX NY. « Scaling and root planing treatment for periodontitis to reduce preterm birth and low birth weight: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials », *J Periodontol.*, 2012, volume 83, numéro 12, p. 1508-519.
- CHAMBRONE L, PANNUTI CM, GUGLIELMETTI MR, CHAMBRONE LA. « Evidence grade associating periodontitis with preterm birth and/or low birth weight. II. A systematic review of randomized trials evaluating the effects of periodontal treatment », *J Clin Periodontol.*, 2011, volume 38, p. 902-914.
- RANGEL-RINCÓN LJ, VIVARES-BUILES AM, BOTERO JE, AGUDELO-SUÁREZ AA. « An umbrella review exploring the effect of periodontal treatment in pregnant women on the frequency of adverse obstetric outcomes », *J Evid Base Dent Pract.*, 2018, volume 18, numéro 3, p. 218-39.

19. SHAH M, MULEY A, MULEY P. «Effect of nonsurgical periodontal therapy during gestation period on adverse pregnancy outcome: a systematic review», *J Matern Fetal Neonatal Med.*, 2013, volume 26, numéro 17, p. 1691-695.
20. DA SILVA HE, STEFANI CM, DE SANTOS MELO N, DE LIMA AA, KUCHENBECKER RÖSING C, PORPORATTI AL, DE LUCA CANTO G. «Effect of intra-pregnancy nonsurgical periodontal therapy on inflammatory biomarkers and adverse pregnancy outcomes: a systematic review with meta-analysis», *Syst Rev.*, 2017, volume 6, p. 19.
21. SCHWENDICKE F, KARIMBUX N, ALLAREDDY V, GLUUD C. «Periodontal treatment for preventing adverse pregnancy outcomes: A meta- and trial sequential analysis», *PLoS ONE*, 2015, volume 10, numéro 6, e0129060.
22. LÓPEZ NJ, URIBE S, MARTINEZ B. «Effect of periodontal treatment on preterm birth rate: a systematic review of meta-analyses», *Periodontol 2000*, 2015, volume 67, p. 87-130.
23. KUNNEN A, VAN DOORMAL JJ, ABBAS F, AARNOUDSE JG, VAN PAMPUS MG, FAAS MM. «Periodontal disease and pre-eclampsia: a systematic review», *J Clin Periodontol.*, 2010, volume 37, numéro 12, p. 1075-1087.
24. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Health Care for Underserved Women. «Committee opinion: Oral health care during pregnancy and through the lifespan», *Obstet Gynecol.*, 2013, volume 122 (2, pt1), p. 417-22.
25. SPIVAKOVSKY S. «Periodontal treatment for the prevention of adverse pregnancy outcomes», *Evid Based Dent.*, 2018, volume 19, p. 12-13.
26. BACCAGLINI L. «A meta-analysis of randomized controlled trials shows no evidence that periodontal treatment during pregnancy prevents adverse pregnancy outcomes», *J Am Dent Assoc.*, 2011, volume 142, numéro 10, p. 1192-193.
27. DASANYAKE A. «Scaling and root planing is effective in reducing preterm birth only in high-risk groups», *J Evid Base Dent Pract.*, 2013, volume 13, p. 42-44.
28. LEADER DA. «Critical summary of Chambrone L, Pannuti CM, Guglielmetti MR, Chambrone LA. Evidence grade associating periodontitis with preterm birth and/or low birth weight, II: a systematic review of randomized trials evaluating the effects of periodontal treatment», *J Clin Periodontol.*, 2011, volume 38, numéro 10, p. 902-914.
29. VIVARES-BUILES AM, RANGEL-RINCÓN LJ, BOTERO JE, AGUDELO- SUÁREZ AA. «Gaps in knowledge about the association between maternal periodontitis and adverse obstetric outcomes: an umbrella review», *J Evid Base Dent Pract.*, 2018, volume 18, numéro 1, p. 1-27.
30. CORBELLA S, TASCIERI S, DEL FABBRO M, FRANCETTI L, WEINSTEIN R, FERRAZZI E. «Adverse pregnancy outcomes and periodontitis: A systematic review and meta-analysis exploring potential association», *Quintessence Int.*, 2016, volume 47, numéro 3, p. 193-204.
31. DAALDEROP LA, WIELAND BV, TOMSIN K, REYES L, KRAMER BW, VANTERPOOL SF, BEEN JV. «Periodontal disease and pregnancy outcomes: overview of systematic reviews», *JDR Clin Trans Res.*, 2018, volume 3, numéro 1, p. 10-27.
32. IDE M, PAPAPANOU PN. «Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes— systematic review», *J Periodontol.*, 2013, volume 84 (4 Suppl.), p. S181-94.
33. ABATI S, VILLA A, CETIN I, DESSOLE S, LUGLIE PF, STROHMENGER L, OTTOLENGHI L, CAMPUS GG. «Lack of association between maternal periodontal status and adverse pregnancy outcomes: a multicentric epidemiologic study», *J Matern Fetal Neonatal Med.*, 2013, volume 26, numéro 4, p. 369-72.
34. TESHOME A, YITAYEH A. «Relationship between periodontal disease and preterm low birthweight: systematic review», *Pan Afr Med J.*, 2016, volume 24, p. 215.
35. MACONES GA, PARRY S, NELSON DB, STRAUSS JF, LUDMIR J, COHEN AW, et autres. «Treatment of localized periodontal disease in pregnancy does not reduce the occurrence of preterm birth: results from the Periodontal Infections and Prematurity Study (PIPS)», *Am J Obstet Gynecol.*, 2010, volume 202, numéro 2, p. 147e1-8.
36. OTOMO-CORGEL J, PUCHER JJ, RETHMAN MP, REYNOLDS MA. «State of the science: Chronic periodontitis and systemic health», *J Evid Base Dent Pract.*, 2012, volume 12, (3 Suppl.), p. 20-28.

Textes rejetés



INTERVENTIONS CIBLANT L'ALIMENTATION AU BIBERON ET PAR LES PRÉPARATIONS COMMERCIALES POUR NOURRISSONS DANS LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DE LA CARIE DENTAIRE, DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES JEUNES ENFANTS:

Une revue intégrative

- HEILOK CHANG¹ | REBECCA CHEN² | MAXIM MILOSEVIC³ | CHRIS ROSSITER¹ | AMIT ARORA^{3,4,5,6,7}
AND ELIZABETH DENNEY-WILSON^{1,8*}

Reproduction autorisée de: Cheng, H.; Chen, R.; Milosevic, M.; Rossiter, C.; Arora, A.; Denney-Wilson, E. "Interventions Targeting Bottle and Formula Feeding in the Prevention and Treatment of Early Childhood Caries, Overweight and Obesity: An Integrative Review". *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 12304. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312304>

¹Susan Wakil School of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney, Camperdown, Sydney, NSW 2006, Australie; jessica.cheng@sydney.edu.au (H. C.); christine.rossiter@sydney.edu.au (C. R.)

²The Westmead Applied Research Centre, Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney, Westmead, Sydney, NSW 2145, Australie; rebecca.chen@sydney.edu.au

³Sydney Dental Hospital and Oral Health Services, Sydney Local Health District, NSW Health, Surry Hills, NSW 2010, Australie; Maxim.Milosevic@health.nsw.gov.au (M.M.); a.arora@westernsydney.edu.au (A.A.)

⁴School of Health Sciences, Western Sydney University, Penrith, NSW 2751, Australie

⁵Health Equity Laboratory, Campbelltown, Sydney, NSW 2560, Australie

⁶Translational Health Research Institute, Western Sydney University, Penrith, NSW 2751, Australie

⁷Clinical School Child and Adolescent Health, The Children's Hospital at Westmead Clinical School, Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney, Westmead, Sydney, NSW 2145, Australie

⁸Sydney Institute for Women, Children and Their Families, Sydney Local Health District, NSW Health, Camperdown, Sydney, NSW 2050, Australie

*Correspondance

Courriel: elizabeth.denney-wilson@sydney.edu.au

RÉSUMÉ

Le surpoids, l'obésité et la carie de la petite enfance (CPE) sont des affections évitables qui touchent les nourrissons et les jeunes enfants, avec une prévalence accrue chez ceux qui sont nourris avec des préparations commerciales pour nourrisson. Des recherches antérieures ont porté sur différents critères d'évaluation en matière de santé buccodentaire et de prise de poids saine. Cependant, l'étiologie peut être liée au chevauchement de comportements alimentaires obésogènes et cariogènes, comme une exposition accrue au sucre lors du maintien forcé du biberon en place et la suralimentation. Les pratiques exemplaires relatives à l'alimentation au biberon et au passage à l'utilisation du gobelet peuvent réduire simultanément le surpoids, l'obésité et la CPE. Cette revue intégrative avait pour but de mettre en évidence les interventions à l'appui des pratiques exemplaires en matière d'alimentation par les préparations commerciales pour nourrissons ou d'arrêt du biberon et d'examiner les effets des interventions sur l'alimentation, la santé buccodentaire et le poids. Les évaluateurs ont fouillé neuf bases de données et trouvé 27 études répondant aux critères d'inclusion prédéterminés. Dix-huit études portaient sur des populations susceptibles de développer la CPE ou une prise de poids néfaste pour la santé. Toutes les études étaient axées sur l'éducation des soignants; toutefois 10 études seulement portaient sur des techniques de changement du comportement ou des théories liées aux antécédents de comportements obésogènes ou cariogènes. Les résultats étaient variables: 16 études ont fait état de résultats mitigés et huit ont signalé une aggravation des résultats après l'intervention. Si certaines études ont signalé des améliorations, celles-ci ne se sont pas maintenues à long terme. Dans de nombreux cas, la méthodologie de l'étude présentait un risque de biais. Des stratégies d'intervention efficaces pour prévenir la CPE et l'obésité infantile nécessitent l'utilisation globale d'approches interdisciplinaires, l'élaboration en collaboration avec les consommateurs et l'utilisation de la théorie du changement comportemental.

MOTS CLÉS

carie dentaire; surpoids; obésité; alimentation au biberon; préparation commerciale pour nourrisson; santé du nourrisson; régime alimentaire

1 - INTRODUCTION

Le surpoids, l'obésité et la carie de la petite enfance (CPE) sont des affections évitables qui touchent les nourrissons et les jeunes enfants. La CPE est le type de carie dentaire qui survient chez des enfants âgés de moins de 6 ans, et elle est définie par la présence d'une ou plusieurs dents primaires affectées par la carie, la perte de la dent ou le recours à l'obturation dentaire¹. À l'échelle mondiale, la prévalence normalisée selon l'âge des caries non traitées sur les dents primaires (dents de lait) des enfants de moins de 14 ans variait de 4,9% (Australie) à 10,8% (Philippines) en 2010², avec une prévalence mondiale de 7,8% et 126 millions de cas normalisés selon l'âge en 2015³.

Parmi les conséquences de la CPE sur la santé, on note la croissance insuffisante de l'enfant en raison de problèmes d'alimentation et de carences nutritionnelles, une altération du développement du langage et une altération du sommeil, du jeu, de l'apprentissage, de la concentration, des performances scolaires et de l'assiduité en raison des douleurs liées aux caries⁴⁻⁶. Les enfants qui développent la CPE sont susceptibles de courir un risque accru de problèmes dentaires par la suite⁷.

Le surpoids et l'obésité chez les enfants de moins de 5 ans, définis respectivement comme deux et trois écarts-types au-dessus de

la médiane de la norme de croissance poids taille de l'Organisation mondiale de la Santé⁸, touchaient 38,2 millions d'enfants en 2019⁹. Les données longitudinales montrent que la trajectoire de la prise de poids du nourrisson augmente le risque d'obésité dans l'enfance et à l'âge adulte^{9,10}. L'obésité infantile augmente le risque de maladies chroniques, comme le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et la stéatose hépatique non alcoolique¹¹; les enfants obèses sont cinq fois plus susceptibles d'être obèses à l'âge adulte¹².

Ces problèmes de santé peuvent être liés au chevauchement de comportements alimentaires obésogènes et cariogènes¹³. Une exposition accrue au sucre augmente le risque de carie dentaire et d'un apport calorique excessif par le biais de diverses pratiques: le maintien du biberon en bouche au lit chez les nourrissons ou l'utilisation du biberon au coucher pour les enfants plus âgés en mesure de tenir le biberon^{6,14-16}; l'administration de boissons sucrées au biberon¹⁴; l'ajout d'hydrates de carbone fermentescibles, comme le sucre, le sirop, le miel ou les céréales, dans les biberons^{16,17}; ainsi que l'exposition fréquente au sucre, notamment dans les collations ou les boissons sirotées tout au long de la journée^{14,15}. L'utilisation du biberon après l'âge de 12 mois peut entraîner une consommation constante de boissons tout au long de la journée, en particulier de boissons sucrées, ce



qui peut également contribuer à la carie dentaire et à l'obésité¹⁵. Des recherches ont montré que l'utilisation prolongée du biberon à l'âge de 24 mois était associée à l'obésité à l'âge de 5,5 ans¹⁸; l'arrêt tardif du biberon après l'âge de 18,8 mois est associé à un risque accru de surpoids et d'obésité à l'âge de 3 à 5 ans¹⁹. Deux méta-analyses portant sur des enfants âgés de 6 ans ou moins ont révélé un risque accru de CPE chez les enfants dont le poids était supérieur au poids santé, bien que les résultats ne soient pas uniformes parmi les différentes catégories de poids (surpoids, obésité et surpoids et obésité combinés)^{13,20}.

Les stratégies de prévention de la CPE et de la prise de poids excessive comprennent l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 6 mois, l'évitement des sucres ajoutés et des sucres libres, l'alimentation sensible aux besoins de l'enfant, l'évitement de la suralimentation du nourrisson, l'utilisation de gobelets dès l'âge de 6 mois et l'arrêt du biberon à l'âge de 1 an^{15,21}. Dans une revue systématique, Appleton et ses collègues ont répertorié d'autres pratiques d'alimentation par les préparations commerciales pour nourrissons permettant de réduire le risque de surpoids et d'obésité chez le nourrisson, notamment le choix de préparations commerciales pour nourrissons à faible teneur en protéines, l'évitement des préparations commercialisées pour les nourrissons de 6 mois et plus, l'évitement des hydrates de carbone fermentescibles ajoutés dans les biberons et l'utilisation de biberons plus petits pour éviter la suralimentation¹⁶.

Les professionnels de la santé qui travaillent avec des nourrissons et leur famille sont bien placés pour parler des pratiques en matière d'alimentation des nourrissons favorisant de saines habitudes qui réduisent le risque de surpoids et d'obésité et limitent les comportements cariogènes¹. Une étude sur les soins bucco-dentaires préventifs de première ligne destinés aux jeunes enfants ou aux femmes en âge de procréer et dispensés par des infirmières ou des sages femmes a révélé que 14 des 21 études montraient une amélioration des résultats concernant la prévalence de la carie dentaire, les comportements liés à la santé bucco-dentaire et à l'alimentation et le recours aux services dentaires²². De même, une étude portant sur les professionnels de la santé autres que du domaine bucco-dentaire qui dispensent des soins dentaires préventifs a montré que des périodes d'intervention plus longues, la consolidation de l'éducation, de l'information et des conseils dispensés sous forme verbale et écrite, ainsi que des interventions complètes combinées à de l'information, des trousseaux d'outils de santé bucco-dentaire et des conseils étaient associées à une prévention plus efficace de la carie et une amélioration des comportements liés à la santé bucco-dentaire et à l'alimentation⁵. Un modèle portant sur la santé bucco-dentaire mis en œuvre dans deux centres du programme *Women, Infants and Children* (WIC) ciblant les mères à faible revenu ayant des enfants de moins de cinq ans aux États-Unis a montré que les cliniciens dans les professions paramédicales pouvaient étendre leurs pratiques au dépistage et à l'évaluation des risques pour la santé bucco-dentaire, ainsi qu'à l'application de vernis fluorés²³.

Les approches interdisciplinaires mises en œuvre par les professionnels de la santé des domaines dentaire, médical, infirmier et paramédical, et qui abordent l'alimentation par les préparations commerciales pour nourrisson et l'utilisation du biberon pourraient contribuer à prévenir à la fois la CPE et le risque de surpoids et d'obésité. Les recherches antérieures sur ce sujet étaient réparties en deux silos académiques distincts : à savoir que les interventions en matière de soins dentaires font état de critères d'évaluation relatifs à l'utilisation du biberon, comme étant un comportement lié à la santé bucco-dentaire, mais pas au risque d'obésité, tandis que les interventions en lien avec l'obésité font

état de critères d'évaluation comme le type de liquide consommé, comme étant un comportement à risque sur le plan alimentaire, mais pas celui de la santé bucco-dentaire. À notre connaissance, il s'agit de la première revue intégrative menée par une équipe de recherche interdisciplinaire qui se penche sur les approches en matière de santé bucco-dentaire et de nutrition relatives à l'alimentation au biberon et par les préparations commerciales pour nourrissons utilisant des critères d'évaluation en lien avec la santé bucco-dentaire et l'obésité. Cette revue intégrative visait à identifier les interventions, les études et les programmes réalisés pour favoriser les pratiques exemplaires en matière d'alimentation par les préparations commerciales pour nourrisson ou d'arrêt du biberon chez les nourrissons et les enfants et à examiner leur efficacité quant aux pratiques d'alimentation par les préparations commerciales pour nourrisson, à l'arrêt du biberon, et à la santé bucco-dentaire et/ou le poids de l'enfant.

2 - DOCUMENTATION ET MÉTHODOLOGIE

2.1. Questions de recherche

Afin de saisir l'étendue de la recherche dans les différentes disciplines, cette analyse se penchait sur les questions suivantes :

1. Quelles interventions, quelles études ou quels programmes ont été menés pour favoriser les pratiques exemplaires en matière d'alimentation par les préparations commerciales pour nourrissons ou d'arrêt du biberon chez les nourrissons et les enfants, en mettant l'accent sur la santé bucco-dentaire ou les résultats liés au poids?
2. Quelles sont les répercussions de ces interventions sur la pratique de l'alimentation par les préparations commerciales pour nourrisson, l'arrêt du biberon, la santé bucco-dentaire et/ou le poids de l'enfant?

La liste de contrôle PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) de rapport des revues systématiques et des méta-analyses a été utilisée pour structurer la présentation de ce manuscrit (fichier supplémentaire S1).

2.2. Critères d'admissibilité

Le cadre de travail population/problème, intérêt et contexte utilisé pour structurer les critères d'inclusion et d'exclusion de la stratégie de recherche^{24,25} est joint comme fichier supplémentaire S2. Cette revue a porté sur des études axées sur des interventions destinées aux parents ou aux soignants de nourrissons et de jeunes enfants dans le but d'améliorer les préparations commerciales pour nourrissons, les pratiques d'utilisation du biberon, de prévention de la carie dentaire qui encouragent l'arrêt du biberon et le passage au gobelet et évaluant des critères liés à la santé ou aux comportements en lien avec les pratiques d'alimentation, les connaissances des parents ou des soignants, ainsi que l'anthropométrie des nourrissons.

2.3. Sources d'information

Les recherches ont été effectuées dans les bases de données suivantes : CINAHL (via EBSCO), MEDLINE (via Ovid), EMBASE (via Ovid), Global Health (via Ovid), Maternity and Infant Care Database, Scopus, ProQuest, PubMed et Web of Science. Les recherches ont été menées de juillet à août 2020, avec une vérification hebdomadaire des mises à jour pertinentes jusqu'en juin 2021. Une recherche manuelle dans les listes de référence et les citations directes des études incluses a été entreprise pour mettre en évidence les études pertinentes²⁶.

2.4. Stratégie de recherche

Le cadre de travail population/problème, intérêt et contexte a été utilisé pour élaborer la stratégie de recherche. Les études admissibles traitaient des éléments suivants: (1) interventions liées à l'éducation sur l'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons ou le recours au biberon, (2) utilisation des préparations commerciales pour nourrissons ou le recours au biberon, y compris l'arrêt du biberon ou des préparations, et (3) interventions sur l'utilisation des préparations commerciales pour nourrissons ou du biberon et sur la carie dentaire. Un exemple de la stratégie de recherche structurée pour la base de données CINAHL, utilisant le cadre de travail population/problème, intérêt et contexte, est fourni dans le fichier supplémentaire S3. Les stratégies de recherche pour toutes les bases de données sont disponibles dans le fichier supplémentaire S4.

2.5. Sélection des études

Toutes les références ont été téléchargées dans Endnote X9. Les références ont été examinées en fonction du résumé et du titre

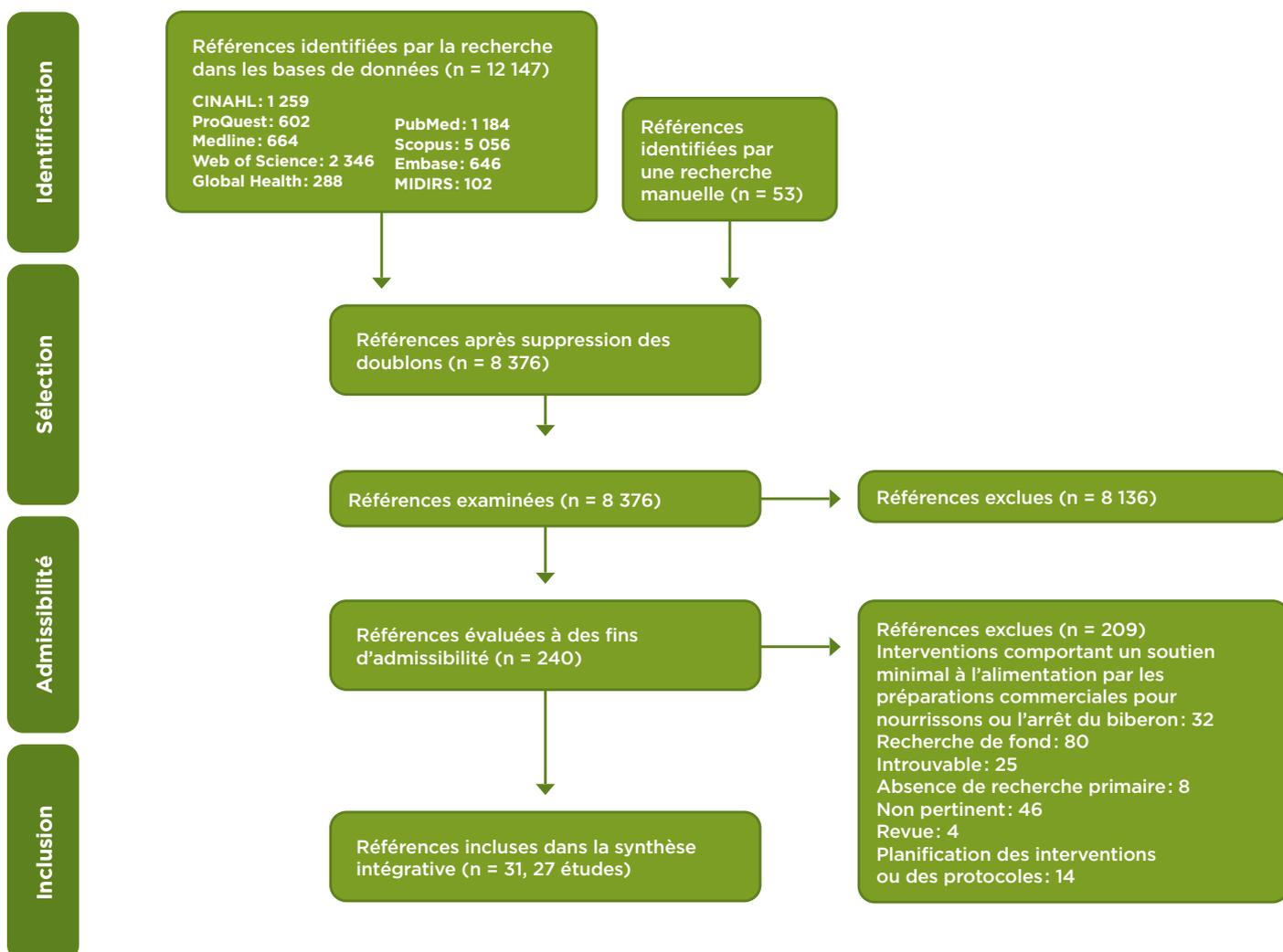
pour vérifier leur pertinence, puis l'admissibilité du texte complet a été évaluée par l'auteur HC. Pour les études dont l'admissibilité n'était pas claire (p. ex. contenu de l'intervention), les auteurs ont discuté de l'admissibilité en faisant appel à leurs connaissances cliniques et à leur expertise en matière d'alimentation des nourrissons et de santé bucco-dentaire.

Le processus de sélection des études est illustré dans un organigramme PRISMA (figure 1).

2.6. Extraction et synthèse des données

Les données sur le premier auteur, l'année de publication, le pays, le but de l'étude, sa méthodologie et sa période ou sa durée, le cadre de l'étude, les participants, l'intervention et les conditions du groupe témoin, ainsi que les résultats de l'étude ont été extraits et présentés sous forme de tableaux. Les données ont été extraites par l'auteur HC. Les données statistiques, lorsqu'elles étaient disponibles, ont été présentées sous forme d'écart-type \pm de la moyenne ou de médiane (intervalle interquartile).

FIGURE 1: Organigramme PRISMA des références incluses et exclues.



2.7. Évaluation de la qualité

Les auteurs HC et CR ont procédé à une évaluation de la qualité des études incluses à l'aide de l'outil d'évaluation des méthodes mixtes (en anglais: *Mixed Methods Appraisal Tool* ou MMAT) axé sur la qualité méthodologique des études incluses dans une revue mixte²⁷. L'outil d'évaluation des méthodes mixtes est un outil adapté qui tient compte des divers types d'études inclus et évalue chaque article selon les critères spécifiques pertinents pour son type d'étude.

3 - RÉSULTATS

La figure 1 montre l'organigramme PRISMA des études de la revue. Au total, 12147 références ont été mises en évidence par la recherche dans les bases de données, et 53 références ont été trouvées à l'occasion de la recherche manuelle. Après élimination des doublons, 8377 références ont été passées au crible selon la pertinence du résumé et du titre, et 8137 références ont été exclues. Deux cent quarante références ont été évaluées pour déterminer l'admissibilité du texte complet. Au total, 209 références ne satisfaisaient pas aux critères d'inclusion, dont 32 correspondaient à des interventions interrompues ou offrant un soutien minimal relativement à l'alimentation par les préparations commerciales pour nourrisson ou l'arrêt du biberon dans le contexte plus large de l'intervention de l'étude. Finalement, 31 références ont été incluses dans l'analyse, traitant de 27 études, programmes, essais ou interventions. Les résultats des études avec des critères d'évaluation liés à l'utilisation du biberon et du gobelet, la prévalence de la carie dentaire et les comportements alimentaires en lien avec les caries sont présentés au tableau 1.

Les détails sommaires des 32 références qui ont été exclues et qui traitaient brièvement de l'alimentation par les préparations commerciales pour nourrisson, de l'arrêt du biberon ou de l'utilisation du gobelet dans le contexte plus large de l'intervention de l'étude ou d'étude ayant été arrêtées prématurément sont disponibles dans le fichier supplémentaire S5.

3.1. Études incluses

Douze études ont été menées aux États-Unis, quatre, au Royaume-Uni et quatre, au Canada. Les 11 études restantes ont été menées en Australie, en Allemagne, en Israël, aux Pays-Bas, en Syrie et en Thaïlande. Treize études avaient un plan d'étude contrôlée à répartition aléatoire (ECR) ou d'ECR en grappe, cinq étaient des programmes à l'échelle de la communauté recourant à des modèles quasi expérimentaux et les neuf autres études étaient des études «avant-après» quasi expérimentales ou des essais contrôlés non randomisés. Quatre études étaient des études pilotes qui ont abouti à deux études cliniques ou ont présenté des données probantes en vue d'un programme gouvernemental à plus grande échelle.

3.2. Participants

Dix-huit études portaient sur des populations présentant une vulnérabilité particulière au surpoids ou de l'obésité en raison du recours à des préparations commerciales pour nourrissons, à la carie dentaire liée à l'utilisation prolongée du biberon, ou aux deux: cinq études ciblaient les parents ou les soignants des enfants dans le cadre du programme WIC aux États-Unis²⁸⁻³³; quatre études portaient sur les communautés des Premières Nations américaines, australiennes et canadiennes³⁴⁻⁴⁰; quatre études avaient été menées dans des communautés associées à une privation sociale⁴¹⁻⁴⁴ et cinq études avaient été réalisées auprès de groupes culturels dans lesquels la prévalence de la CPE était élevée⁴⁵⁻⁴⁹. Les neuf autres études visaient des parents ou des soignants de nourrissons alimentés avec des préparations commerciales pour nourrissons⁵⁰⁻⁵², des populations générales lors de visites périodiques⁵³⁻⁵⁵ ou des communautés dans lesquelles la prévalence de la CPE était en augmentation⁵⁶⁻⁵⁸.

Les nourrissons et les jeunes enfants en tant que populations cibles des interventions allaient de l'éducation parentale prénatale^{34,38-40} à l'âge de 5 ans⁴⁷. La plupart des interventions ciblaient les parents en tant que soignants principaux^{28-51, 53-58}. Cinq interventions incluaient des soignants de la famille élargie, comme les grands parents, la fratrie et les gardien(ne)s d'enfants^{34-37, 47, 49}.



TABLEAU 1: Résumé des études incluses (n = 27 études, 31 références)

Pays de référence	Objectif	Type d'étude; période	Échantillon GI et GT
Bonuck et coll. 2014. États-Unis.	Évaluer les répercussions d'une intervention de consultation fondée sur le programme WIC portant sur l'utilisation du biberon et la relation poids-taille.	ÉCR; 2008-2011.	Nourrissons âgés de 11 à 13 mois, consommant > 2 biberons de lait ou de jus par jour, dans le cadre du programme WIC des États Unis. GI: n = 149 au départ; 49 après 12 mois. GT: n = 150 au départ; 55 après 12 mois.
Borghese-Lang et coll. 2003. États-Unis.	Élaborer un document d'information sur l'alimentation par les préparations commerciales pour nourrissons et évaluer l'appréciation des parents quant à son utilité.	Essai quasi expérimental; avril mai 2002.	Nourrissons exclusivement nourris par les préparations commerciales pour nourrissons de la naissance à 4 mois. GI: 31 dépliant distribués; 22 parents suivis par téléphone. GT: S.O.
Boonrusmee et coll. 2021. Thaïlande.	Évaluer une nouvelle intervention par téléphone portant sur l'arrêt du biberon.	ÉCR; janvier 2018 mars 2019.	Enfants nourris au biberon, âgés de 21 à 24 mois, lors d'une visite périodique. GI: 51; 46 ayant terminé l'étude. GT: 51; 46 ayant terminé l'étude.
Braun et coll. 2017. États-Unis.	Évaluer l'impact d'une intervention de promotion de la santé buccodentaire auprès des dispensateurs de soins médicaux sur la CPE chez les enfants âgés de 36 à 42 mois.	Essai quasi expérimental; 2009 2015.	8 centres de santé qualifiés des services de santé fédéraux de Denver - 89% de patients pédiatriques vivant sous le seuil fédéral de pauvreté. GI: n = 1 646 en 2011, recevant une application de vernis fluoré; n = 1 708 en 2015. GT: cohorte pré intervention 2009. n = 1501, recevant une application de vernis fluoré.
Bruerd et coll. 1989. Bruerd et coll. 1996. États-Unis.	Prévenir la carie du biberon dans 12 communautés américaines des Premières Nations, de 50% sur 5 ans.	Programme communautaire expérimental; 1986 1989, avec suivi en 1994.	Les communautés des Premières Nations d'Amérique. GI: 2 x 4 centres pilotes, intensité élevée et moyenne, intensité variant selon la formation des intervenants. n = 928 sélectionnés en 1985; 932 sélectionnés en 1989. GT: 4 centres pilotes, faible intensité. n = 455 sélectionnés en 1985; 640 sélectionnés en 1989.
Cheng et coll. 2019. États-Unis.	Modifier les comportements en matière de santé buccodentaire après une intervention infirmière ciblant les enfants susceptibles de développer la CPE.	Étude longitudinale rétrospective, intervention et formation annuelle en 2010-2015, dossiers cliniques évalués d'avril 2013 à juin 2015.	Enfants âgés de 9 mois à 4,9 ans, ayant fait l'objet de ≥ 2 évaluations documentées des risques liés à la CPE lors de visites périodiques dans deux cliniques urbaines. n = 2 097.

Description des GI et GT	Résultats clés
<p>GI: ressources distribuées: dépliant, gobelet à bec. Éducation, pendant 12 mois. Visite dans le cadre du programme WIC: poids sain, CPE, carence en fer, sur la base du modèle de processus d'adoption de précaution.</p> <p>GT: soins ordinaires dans le cadre du programme WIC.</p>	<p>À 24 mois: différence non significative sur le plan statistique quant au risque de surpoids (relation poids-taille > 85e percentile).</p> <p>Différence non significative sur le plan statistique touchant: le nombre quotidien moyen de biberons utilisés; le nombre quotidien moyen de gobelets à bec utilisés; la prévalence de l'utilisation de biberons, la prévalence de l'utilisation de gobelets à bec; l'apport moyen en liquide administré au biberon; l'apport moyen en liquide administré au moyen d'un gobelet à bec.</p>
<p>GI: élaboration d'un document d'information sur la réussite de l'alimentation par les préparations commerciales pour nourrisson, avec un niveau de lecture de 5,5 années, et distribution aux parents lors de visites périodiques.</p> <p>GT: S.O.</p>	<p>19 (86%) ont lu le document.</p> <p>18 (sur 19) comprenaient mieux l'alimentation au biberon après avoir lu le document.</p>
<p>GI: appel téléphonique à 3 et 6 semaines après avoir participé à une consultation externe de routine: entretien motivationnel sur l'arrêt du biberon, conseils individualisés pour favoriser le sevrage.</p> <p>GT: consultation externe de routine sur l'arrêt du biberon.</p>	<p>À 8 semaines: augmentation de l'arrêt du biberon: 41,3% par rapport à 17,4%, $p = 0,022$.</p>
<p>GI: évaluation du risque de formation de la CPE et vernis fluoré, de 6 mois à 3 ans. Ressources distribuées: trousse de santé buccodentaire avec brosse à dents, dentifrice. Éducation: arrêt du biberon, consommation d'eau, limitation des collations. Fiche d'objectifs d'autogestion à distribuer.</p> <p>GT: soins habituels avant l'intervention.</p>	<p>Évaluation après le programme des enfants des cohortes 2009 (avant l'intervention), 2011 (en cours d'intervention) et 2015.</p> <p>À 36 à 42 mois: diminution de la CPE: 46,5%, 57,6% et 37,3%, $p < 0,001$.</p> <p>Augmentation de l'arrêt du biberon: utilisation du biberon chez 7,9%, 8,1% et 2%, $p = 0,03$.</p> <p>Diminution de l'utilisation des gobelets à bec avec un liquide autre que de l'eau au lit: 87,1%, 76,0% et 78,4%, $p = 0,005$.</p> <p>Différence non significative sur le plan statistique quant à l'utilisation de biberons avec un liquide autre que de l'eau au lit; arrêt des biberons au coucher.</p> <p>Augmentation des collations entre les repas: 59,9%, 64,8% et 75,2%, $p = 0,01$.</p>
<p>GI: championnat communautaire pour l'éducation des parents.</p> <p>Ressources distribuées: livrets de conseil, gobelets à deux anses, affiches, autocollants.</p> <p>Éducation: arrêt du biberon et utilisation du gobelet avant l'âge de 1 an.</p> <p>Médias et publicité.</p> <p>GT: Les coordinateurs du centre ont reçu le matériel éducatif, mais pas de formation.</p>	<p>Après 4 ans, en 1989: réduction de 33%, 18% et 27% de la prévalence de la CPE dans les centres d'intervention à forte, moyenne et faible intensité ($p < 0,001$ chacun). Globalement, réduction de 25% de la CPE dans tous les centres ($p < 0,001$).</p> <p>Lors du suivi à 4 ans, en 1994 (après l'arrêt du financement en 1990), par rapport au départ en 1986:</p> <ul style="list-style-type: none"> - réduction de 25% de la CPE dans tous les centres ($p < 0,001$); - réduction de 38% de la CPE dans 5 centres où le programme était en cours ($p < 0,001$); - réduction de 13% de la CPE dans 7 centres ayant arrêté le programme en 1989 (non significatif sur le plan statistique, valeur p non déclarée).
<p>GI: vernis fluoré appliqué. Éducation axée sur les facteurs de risque, au moyen d'un tableau à feuilles mobiles: étiologie de la carie dentaire, teneur en sucre, utilisation du biberon/gobelet à bec, instructions pour le brossage des dents sous la surveillance d'un adulte.</p> <p>Ressources distribuées: brosses à dents et dentifrice.</p> <p>GT: S.O., soins préintervention.</p>	<p>De la visite 1 (départ) aux visites 2 et 3 (suivi): = 33% d'enfants utilisant un biberon/gobelet à bec contenant autre chose que de l'eau au lit lors des visites 1, 2 et 3.</p> <p>Augmentation non significative sur le plan statistique de la consommation de boisson sucrées, $p = 0,05$:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1-2 portions/jour, 37,2% par rapport à 41,6% et 43%; - ≥ 3 portions/jour, 11,5% par rapport à 15,6% et 15,7%. <p>Différence non significative sur le plan statistique quant à la fréquence de la CPE: 3,5% par rapport à 4,7% et 3,5%, $p = 0,413$.</p>

TABLEAU 1: (suite)

Pays de référence	Objectif	Type d'étude ; période	Échantillon GI et GT
Davies et coll. 2005. Royaume-Uni.	Évaluer les effets d'un programme de promotion de la santé buccodentaire en plusieurs étapes sur la réduction de la CPE.	ÉCR en grappe ; 1999-2003.	Nourrissons de 8 mois, soumis à une évaluation du développement et de la santé, dans une zone urbaine socialement défavorisée sans eau fluorée. GI: enfants échantillonnés aléatoirement dans un groupe de soins primaires. n = 649 → 79 répondants à 21 mois; 190 à l'évaluation à 3-4 ans. GT: enfants échantillonnés aléatoirement. n = 558 → 89 répondants à 21 mois; 148 à l'évaluation à 3 à 4 ans.
Franco et coll. 2008. États-Unis.	Évaluer l'efficacité de consultations intensives sur l'arrêt du biberon.	ÉCR; septembre 1999 à juin 2002.	Nourrissons de 4 mois, majoritairement nourris par les préparations commerciales pour nourrissons, lors d'une visite périodique. GI: n = 67 dyades parent/nourrisson à 12 mois. GT: n = 65 dyades parent/nourrisson à 12 mois.
Hamilton et coll. 1999. Royaume-Uni.	Évaluer un programme de promotion de la santé buccodentaire fourni par un visiteur de santé, destiné aux mères de nourrissons de 8 mois.	Essai quasi expérimental; enquêtes transversales avec GT historique nov. 1996 et GI nov. 1997.	Mères d'enfants de -1 an, vues par un visiteur de santé affilié à un centre de santé communautaire dans une zone urbaine défavorisée. GI: n = 182 mères, sélectionnées aléatoirement dans le registre <i>Child Health Register</i> . GT: n = 170 mères, sélectionnées aléatoirement.
Harrison et coll. 2003. Canada.	Concevoir, mettre en œuvre et évaluer un programme de promotion de la santé buccodentaire pour les enfants d'âge préscolaire vietnamiens vivant en zone urbaine défavorisée.	Programme communautaire; 1994 à 2001 (approximativement).	Mères vietnamiennes d'enfants en bas âge lors de visites périodiques. GI: suivi des dyades mère-enfant après la clinique de consultation; n = 25, 1994; n = 25, 1998; n = 17, 2001. GT: enfants d'âge similaire de la communauté vietnamienne voisine. n = 14 enfants de référence, n = 9 enfants témoins.
Hoelt et coll. 2016. États-Unis.	Évaluer l'efficacité du programme sur les connaissances et les comportements des parents en matière de santé buccodentaire chez leurs jeunes enfants.	Essai quasi expérimental; août à décembre 2011, suivi final de l'enquête en mars 2012.	Parents/soignants hispanophones à faible revenu d'enfants âgés de 0 à 5 ans. GI: n = 105 inscriptions, avec n = 95 après l'intervention et n = 79 3 mois après l'intervention. GT: S.O.

Description des GI et GT	Résultats clés
<p>GI: Ressources distribuées: dentifrice, brosse à dents, dépliant éducatif, gobelet d'apprentissage. Éducation: arrêt du biberon, utilisation du gobelet, boissons sûres, instructions pour le brossage des dents.</p> <p>Intervention à 8 mois, 12 15 mois, 18 mois, 26 mois et 32 mois.</p> <p>GT: soins habituels et suivis standards du développement.</p>	<p>À 21 mois: augmentation de l'arrêt du biberon: 33% dans le GI par rapport à 18% dans le GT, $p = 0,04$. Augmentation de l'utilisation limitée du biberon uniquement au coucher, chez les enfants utilisant le biberon: 43% dans le GI par rapport à 62% dans le GT, $p = 0,02$. Diminution de l'utilisation du gobelet uniquement pour boire des boissons non sûres (cariogènes): 13% dans le GI par rapport à 30% dans le GT, $p = 0,02$. Différence non déclarée en ce qui concerne l'utilisation de boissons non cariogènes dans le biberon; l'utilisation du gobelet d'apprentissage à 21 mois; l'utilisation du gobelet pour les boissons cariogènes et non cariogènes combinées.</p> <p>De 3 à 4 ans: diminution de la prévalence de la CPE chez les < 3 ans: 16,6% dans le GI par rapport à 23,5% dans le GT, $p = 0,003$. Diminution de la prévalence de la CPE chez les ≥ 3 ans: 28,7% dans le GI par rapport à 39,2% dans le GT, $p = 0,001$.</p>
<p>GI: éducation à 4 mois, à 6 mois, à 9 mois et à 12 mois: arrêt du biberon, transition au gobelet à 9 mois.</p> <p>GT: éducation: conseils brefs sur l'utilisation du gobelet à 6 mois, arrêt du biberon à 9 mois et 12 mois.</p>	<p>De 12 à 24 mois: différence non significative sur le plan statistique quant à la prévalence de la CPE; arrêt du biberon. Meilleures connaissances quant à l'arrêt du biberon à l'âge de 12 mois: 49% des parents du GI par rapport à 68% des parents du GT, $p = 0,049$.</p>
<p>GI: ressources distribuées lors de la visite périodique de l'enfant à 8 mois: gobelet, brosse à dents, dentifrice. Éducation: remise d'information sur les boissons sûres pour les nourrissons, les médicaments sans sucre, l'inscription chez le dentiste.</p> <p>GT: S.O., soins habituels préalable à l'essai.</p>	<p>Augmentation du nombre de mères se souvenant des propos tenus par le visiteur de santé sur l'utilisation du gobelet au lieu du biberon: 93% après l'essai par rapport à 54% avant l'essai, $p < 0,001$. Augmentation du nombre de mères se souvenant des propos tenus par le visiteur de santé sur la limitation des aliments et boissons sucrées: 91% après l'essai par rapport à 62% avant l'essai, $p < 0,001$.</p>
<p>GI: éducation, lors des visites périodiques à 2 mois, à 4 mois, à 6 mois, à 12 mois et à 18 mois: éviter l'utilisation du biberon au lit, nettoyage des dents, transition vers l'utilisation du gobelet. Distribution de ressources: brosse à dents, gobelet d'apprentissage. Sensibilisation de la communauté.</p> <p>GT: pas d'intervention.</p>	<p>Lors de la clinique de suivi en 1996, à l'âge de 18 mois: enfants du GI, par rapport aux enfants de référence et aux témoins: - diminution de l'utilisation du biberon pendant la journée: 6,3% par rapport à 83,3% et 55,6%, $p < 0,05$; - diminution de l'utilisation du biberon au lit: 13,3% par rapport à 69,2% et 55,6%, $p < 0,05$. Pour les cohortes du GI au départ en 1994 et au suivi en 1998 et 2001: - diminution de l'utilisation du biberon pendant la journée: 81,8%, 0% et 11,8%, $p < 0,05$; - diminution de l'utilisation du biberon au lit: 66,7%, 12,0% et 11,8%, $p < 0,05$; - arrêt de l'utilisation du biberon à 2 ans: 13%, 83,3% et 88,2%, $p < 0,05$.</p>
<p>GI: éducation: étiologie de la carie dentaire, comportements en matière de brossage des dents, réduction de la consommation de sucre, des collations et de l'utilisation du biberon, visites chez le dentiste. Gestion du comportement et fixation d'objectifs pour le brossage des dents.</p> <p>GT: S.O.</p>	<p>13 enfants utilisant le biberon au départ, et 3 enfants ayant cessé de l'utiliser 3 mois après l'intervention. Augmentation du nombre d'enfants ayant une consommation limitée (< 1/jour) de boissons sucrées: 33% au départ par rapport à 77% après l'intervention, $p = 0,0082$. Différence non significative sur le plan statistique à long terme: 77% après l'intervention par rapport à 63% 3 mois après l'intervention, $p = 0,1306$. Différence non significative sur le plan statistique dans la consommation limitée (< 1/jour) d'aliments sucrés, au départ, après l'intervention et 3 mois après l'intervention. Amélioration des connaissances en matière de santé buccodentaire (note sur 16): 12,8 3 1,6 au départ par rapport à 15,2 3 0,7 après l'intervention, $p < 0,0001$. Différence non significative sur le plan statistique quant aux connaissances en santé buccodentaire après l'intervention et 3 mois après l'intervention. Comprend: augmentation du nombre de réponses correctes indiquant que le gobelet à bec pour la consommation de lait au coucher est nocif pour les dents des enfants: 66% au départ par rapport à 96% après l'intervention.</p>

TABLEAU 1: (suite)

Pays de référence	Objectif	Type d'étude ; période	Échantillon GI et GT
<p>Joury et coll. 2016. Syrie.</p>	<p>Évaluer les répercussions d'une intervention intégrée de promotion de la santé buccodentaire, dans le cadre d'un programme national de vaccination, sur les pratiques de brossage des dents et de fin d'allaitement au biberon.</p>	<p>ÉCR pilote: 2 GT parallèles, 1 GI; mars à mai 2013.</p>	<p>Mères de nourrissons âgés de 1 an, lors d'une clinique de vaccination pour nourrissons. GI: $n = 32$. GT 1: $n = 30$. GT 2: $n = 30$.</p>
<p>Kahn et coll. 2007. États-Unis. (étude pilote de Bonuck et coll. 2014).</p>	<p>Tester un protocole standardisé d'arrêt du biberon par les parents dans le cadre du programme WIC.</p>	<p>ÉCR pilote; dates non déclarées.</p>	<p>Nourrissons âgés de 18 à 30 mois, prenant > 3 biberons par jour, participant au programme WIC. GI: $n = 18$ retenus au suivi. GT: $n = 21$ retenus au suivi.</p>
<p>Karasz et coll. 2018. (étude pilote de Karasz et coll. 2018) États-Unis.</p>	<p>Tester l'acceptabilité et la faisabilité d'un programme de prévention de la santé buccodentaire, mené par des travailleurs en santé communautaire, auprès d'enfants sud-asiatiques à risque élevé de développer la CPE.</p>	<p>ÉCR pilote; dates non déclarées.</p>	<p>Mères immigrées bangladaises avec un enfant de 6 à 18 mois. GI: $n = 38$, 31 au suivi. GT: $n = 21$, 21 au suivi.</p>
<p>Kavanagh et coll. 2008. États-Unis.</p>	<p>Évaluer si l'éducation sur les signaux de satiété du nourrisson changerait les pratiques d'alimentation par les préparations commerciales pour nourrissons, l'apport en préparations commerciales pour nourrissons et la prise de poids du nourrisson.</p>	<p>ÉCR; dates non déclarées.</p>	<p>ÉCR; dates non déclarées. Soignants de nourrissons nourris exclusivement par les préparations commerciales pour nourrissons âgés de 3 à 10 semaines, participant au programme WIC. GI: $n = 44$, 19 ayant terminé la collecte de données finale. GT: $n = 57$, 21 ayant terminé la collecte des données finale.</p>
<p>Koelen et coll. 2000. Pays-Bas.</p>	<p>Évaluer l'effet d'une prévention de la CPE mise en œuvre à l'échelle nationale, sur l'amélioration des connaissances et la sensibilisation des professionnels de santé, la motivation des discussions sur la prévention de la carie dentaire entre les professionnels de santé et les parents, la sensibilisation des parents quant à l'utilisation prolongée du biberon et la transition du biberon au gobelet à 9 mois.</p>	<p>Essai national quasi expérimental; mai 1995-1997</p>	<p>Parents d'enfants de 0 à 4 ans, et plus particulièrement de 9 à 18 mois. GI: $n = 60$ centres locaux de santé infantile contactés pour l'évaluation après le programme → 40 centres, 73 professionnels de la santé et 102 parents (53 ayant participé à l'évaluation préalable au programme) ont participé, GT: $n = 20$ centres locaux de santé infantile contactés pour l'évaluation préalable au programme → 16 centres, 22 professionnels de la santé et 135 parents ont participé.</p>

Description des GI et GT	Résultats clés
<p>GI: distribution de ressources: gobelet d'apprentissage, brosse à dents, dentifrice. Éducation: dépliant d'information sur l'arrêt du biberon, l'utilisation du gobelet, brossage des dents.</p> <p>GT 1: brochure d'information sur la santé buccodentaire.</p> <p>GT 2: pas d'intervention.</p>	<p>100% de nourrissons nourris au biberon au départ. Augmentation de l'abandon du biberon au suivi à 1 mois: 18,8% d'utilisation du biberon dans le GI par rapport à 69,2% dans le GT 1 et 93,8% dans le GT 2, $p < 0,001$.</p>
<p>GI: éducation: style parental, sentiments des parents sur l'utilisation du biberon, protocole d'arrêt du biberon, soins habituels du programme WIC. Ressources distribuées: gobelet à bec.</p> <p>GT: soins habituels du programme WIC</p>	<p>Diminution de l'alimentation quotidienne au biberon: 0,9 dans le GI par rapport à 2,2 dans le GT, $p < 0,05$.</p> <p>Différence non significative sur le plan statistique quant à l'arrêt du biberon; type de boisson consommée au biberon (lait, jus, boissons sucrées).</p>
<p>GI: soins habituels améliorés: 2 visites à domicile, 3 appels téléphoniques de suivi après 3 mois, 6 mois, 9 mois. Entretien motivationnel et éducation: éducation à la santé buccodentaire, fixation d'objectifs pour changer l'alimentation au biberon, élaboration d'un plan d'action.</p> <p>GT: soins habituels améliorés. Éducation: brochure sur la santé buccodentaire, consultation de 5 min sur la santé buccodentaire, orientation vers les dentistes locaux.</p>	<p>Diminution de la consommation totale de boissons au biberon pendant la sieste/la nuit dans le GI par rapport au GT, valeur p non déclarée, valeur p significative.</p> <p>Diminution non significative sur le plan statistique du nombre total de biberons avec ajout de solides/édulcorants; boisson sucrées; sucreries.</p> <p>Augmentation de 150% de l'utilisation du biberon dans le GT par rapport au départ; diminution de 36% dans le GI par rapport au départ.</p>
<p>GI: éducation, en remplacement de la formation habituelle du programme WIC: alimentation du nourrisson, comment éviter de donner une quantité excessive de préparation commerciale pour nourrissons, sensibilisation à la satiété du nourrisson, comment éviter l'utilisation de biberons de lait maternisé > 177 mL (6 oz).</p> <p>GT: conseils généraux sur l'alimentation des nourrissons.</p>	<p>De 20 à 27 semaines:</p> <p>gain de poids moyen ajusté de 7 214 g dans le GI par rapport à 6 758 g dans le GT, $p = 0,006$.</p> <p>Augmentation du gain de poids par semaine: 195,3 g dans le GI par rapport à 156,1 g dans le GT, $p = 0,008$.</p> <p>Augmentation de la taille moyenne ajustée: 64,2 cm dans le GI par rapport à 63,3 cm dans le GT, $p = 0,02$.</p> <p>Amélioration quant à l'augmentation de la taille par semaine: 0,70 cm dans le GI par rapport à 0,63 cm dans le GT, $p = 0,045$.</p> <p>Différence non significative sur le plan statistique dans la consommation finale de préparation commerciale pour nourrissons (mL/24 h), la variation de la consommation de préparation commerciale pour nourrissons entre le début et la fin de l'étude, % de biberons entièrement bus au début et à la fin de l'étude et % de biberons > 177 mL (6 oz) proposés entre le début et la fin de l'étude.</p>
<p>GI: campagne dans les services primaires, secondaires et tertiaires. Ressources distribuées pour les intervenants et les parents: feuilles à colorier et feuilles de messages, ressources visuelles, blocs à feuillets détachables.</p> <p>Éducation par les hygiénistes dentaires et les travailleurs de la santé buccodentaire.</p> <p>GT: S.O.</p>	<p>À l'évaluation du programme à 1,5 an: augmentation des discussions des professionnels de la santé sur la transition du biberon au gobelet: 27% après le programme par rapport à 15% avant le programme.</p> <p>Pas de changement quant aux discussions sur la CPE par les professionnels de la santé: = 75% avant et après le programme.</p> <p>Diminution du nombre de professionnels de la santé qui mettent les parents en garde contre une utilisation incorrecte du biberon: 24% après le programme par rapport à 75% avant le programme.</p> <p>Augmentation de la sensibilisation des parents à la CPE: 78% après le programme par rapport à 60% avant le programme, $p < 0,05$.</p> <p>Diminution du recours au biberon par les parents: 88% par rapport à 64% des nouveaux parents, $p < 0,001$.</p> <p>Diminution de la fréquence d'utilisation du biberon, après le programme par rapport à avant le programme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1/jour, 34% par rapport à 6%; - 2/jour, 31% par rapport à 21%; - 3/jour, 11% par rapport à 33%; - > 3/jour, 23% par rapport à 39%, $p < 0,001$. <p>Augmentation de la fréquence de transition du biberon au gobelet avant 12 mois: 88% après le programme par rapport à 72% avant le programme, $p < 0,1$ (remarque: valeur p telle que rapportée par les auteurs).</p>

TABEAU 1: (suite)

Pays de référence	Objectif	Type d'étude; période	Échantillon GI et GT
Kowash et coll. 2000. Royaume-Uni	Déterminer l'effet de l'éducation en matière de santé buccodentaire sur l'incidence de la carie dentaire chez les nourrissons, grâce à des visites régulières à domicile par des éducateurs en santé buccodentaire formés sur une période de trois ans.	Essai quasi expérimental de cohorte d'interventions d'intensité variable, dates non déclarées.	Mères d'enfants nés entre janvier et septembre 1995, résidant dans une zone défavorisée avec une forte prévalence de la carie dentaire. GI A: $n = 60$. GI B: $n = 59$. GI C: $n = 60$. GI D: $n = 40$. GT: $n = 55$.
Lakshman et coll. 2018. Royaume-Uni	Évaluer l'efficacité d'une intervention comportementale axée sur la théorie pour prévenir le gain de poids rapide chez les nourrissons nourris avec des préparations commerciales.	ÉCR, mars 2011-juin 2015.	Nourrissons en bonne santé, nés à terme, nourris avec des préparations commerciales dans les 14 semaines suivant la naissance. GI: $n = 340$ au début de l'étude, 293 à 12 mois. GT: $n = 340$ au début de l'étude, 293 à 12 mois.
Lawrence et coll. 2004. Canada.	Évaluer l'efficacité du programme de nutrition prénatale assorti d'un volet sur l'hygiène dentaire, dispensé par des éducateurs communautaires en nutrition, portant sur la santé buccodentaire et les habitudes alimentaires des enfants, l'état de santé buccodentaire des enfants et l'obésité de la petite enfance.	Évaluation longitudinale transversale du programme communautaire, lancé au milieu de l'année 1996.	Parents de nourrissons nés entre juin 1996 et février 1999, sur une réserve des Premières Nations. GI: $n = 230$ en 2001, 215 réponses; $n = 367$ en 2002, 217 réponses. GT: $n = 241$ en 2001, 182 réponses; $n = 338$ en 2002, 158 réponses.

Description des GI et GT	Résultats clés
<p>GI: intervention A ou B: éducation en matière de santé buccodentaire, axée sur l'alimentation ou l'hygiène buccodentaire.</p> <p>Intervention C: intervention A + B. Intervention A-C: 15 min d'éducation en matière de santé buccodentaire à domicile tous les 3 mois de 0 à 2 ans, puis deux fois par année pendant un an.</p> <p>Intervention D: intervention C, mais seulement une visite à domicile par année.</p> <p>Éducation: remplacer le biberon par le gobelet, se brosser les dents, consultations dentaires régulières.</p> <p>GT: aucune intervention.</p>	<p>À 3 ans: enfants du GT consommant plus fréquemment des sucreries, $p < 0,001$, comparativement à tous les GI:</p> <ul style="list-style-type: none"> -33% dans le GT, par rapport à 9% dans le GI A, 0% dans le GI B, 2% dans le GI C et 8% dans le GI D, avec une consommation de sucreries $> 1/\text{jour}$; -5% dans le GT, par rapport à 58% dans le GI A, 64% dans le GI B, 45% dans le GI C et 50% dans le GI D, avec une consommation de sucreries 1 fois/semaine. <p>Diminution de la prévalence de la CPE: 2 (4%) dans le GI A par rapport à 18 (33%) dans le GT, $p < 0,001$.</p> <p>Enfants du GI dont la consommation de sucreries est plus fréquemment limitée, uniquement après les repas ou uniquement la fin de semaine: 33% dans le GT, par rapport à 75% dans le GI A, 70% dans le GI B, 63% dans GI C et 62% dans le GI D, valeur p non déclarée.</p>
<p>GI: trois visites en personnes et deux consultations téléphoniques avec l'infirmière facilitatrice jusqu'à ce que le nourrisson ait 6 mois.</p> <p>Éducation: réduire la consommation de préparations commerciales pour nourrissons, adopter une alimentation sensible aux besoins de l'enfant, surveiller la croissance. Planification des mesures à prendre, fixation d'objectifs et planification de l'adaptation.</p> <p>GT: éducation supplémentaire en matière de préparations commerciales pour nourrissons: stérilisation du matériel, préparation du lait pour nourrissons, parentage, sommeil.</p>	<p>À 6 mois: réduction de la consommation de lait: 836,1 mL/jour dans le GI par rapport à 895,9 mL/jour dans le GT. Différence = -59,7 (-91,1 à -28,3); valeur p non déclarée.</p> <p>À 12 mois: variation moyenne non significative sur le plan statistique de l'écart-type du poids, de l'écart-type de l'IMC, de la prévalence du gain de poids rapide.</p>
<p>Ressources distribuées: gobelet à deux anses, brosse à dents, fiches d'information sur la santé dentaire.</p> <p>Éducation, dans le cadre du programme prénatal: nutrition et prévention en matière de santé dentaire. Campagne communautaire.</p> <p>GI: 4 groupes à « forte intensité » et distribution de $\geq 70\%$ du matériel de promotion de la santé buccodentaire du programme aux mères.</p> <p>GT: 4 groupes à « faible intensité » et distribution de $\leq 10\%$ du matériel de promotion de la santé buccodentaire du programme aux mères.</p>	<p>De 2 à 5 ans, en comparant les groupes à forte intensité aux groupes à faible intensité en 2001 et 2002: amélioration des connaissances en matière de santé buccodentaire (notamment sur l'utilisation du biberon pour apaiser l'enfant; sur les boissons sucrées, les préparations commerciales pour nourrissons ou le lait qui endommagent les dents des enfants; et sur l'alimentation au biberon à volonté des enfants plus âgés) dans le groupe à forte intensité en 2001 ($p < 0,001$) et 2002 ($p < 0,05$), par rapport au groupe à faible intensité.</p> <p>Diminution du taux d'alimentation au biberon: 78,4% et 80,1% par rapport à 86% et 88,6%, $p < 0,05$; toutefois, aucune différence non significative sur le plan statistique des taux d'allaitement maternel.</p> <p>Différence non significative sur le plan statistique en ce qui concerne l'âge de l'initiation de l'alimentation au biberon, le nombre de collations sucrées consommées par jour, l'utilisation de sucettes trempées dans du sucre ou du miel, l'âge de l'arrêt du biberon, la poursuite de l'utilisation du biberon jusqu'à l'âge de 2 à 5 ans.</p> <p>Augmentation de l'utilisation du biberon en dehors des repas dans le groupe à forte intensité: pendant la sieste, $p = 0,01$ et au coucher, $p = 0,018$ en 2001.</p> <p>Diminution de l'utilisation du biberon en dehors des repas dans le groupe à forte intensité: « toujours » lorsque l'enfant pleure, 15,9% par rapport à 31,2%, $p = 0,009$ en 2002.</p> <p>Différence non significative sur le plan statistique relativement aux catégories d'IMC en 2001.</p> <p>Augmentation du nombre d'enfants ayant un poids normal, 54,5% par rapport à 40,5%; diminution du nombre d'enfants « à risque de surpoids » (IMC: $> 85^e$ à $< 95^e$ percentile), 16,2% par rapport à 24,7% et diminution du nombre d'enfants en surpoids (IMC: $> 95^e$ percentile), 25,8% par rapport à 31,8%, $p = 0,023$ dans le groupe à forte intensité par rapport au groupe à faible intensité en 2002.</p> <p>Pour les répondants de 2001: Prévalence similaire de la CPE à l'âge de 2 ans et de 3 ans, diminution de la CPE à l'âge de 4 ans: 49,1% dans le groupe à forte intensité par rapport à 67,8% dans le groupe à faible intensité, $p < 0,05$.</p> <p>Pour les répondants de 2002: Tendance à la diminution la consommation non limitée de boissons sirôtées au biberon par l'enfant pendant la journée dans le groupe à forte intensité par rapport au groupe à faible intensité, $p = 0,052$.</p> <p>Consommation similaire de liquides cariogènes au biberon, diminution de la consommation de liquides cariogènes sucrés au biberon, dans le groupe à forte intensité par rapport au groupe à faible intensité: lait de vache; 28,1% par rapport à 14,3%; lait concentré (lait évaporé sucré); 23,3% par rapport à 48,6%; préparations commerciales pour nourrissons; 25,3% par rapport à 18,6%; jus de fruits; 12,3% par rapport à 8,6%; eau/thé sucré; 8,2% contre 7,1%, globalement, $p = 0,001$.</p> <p>Ajout élevé, mais réduit, de sucre ou d'édulcorant aux biberons, 34,5% dans le groupe à forte intensité par rapport à 55,4% dans le groupe à faible intensité, $p < 0,001$.</p> <p>Différence non significative sur le plan statistique en ce qui concerne l'utilisation actuelle ou continue du gobelet à deux anses.</p> <p>Initiation plus précoce au gobelet à deux anses: 13,9 3 0,6 mois par rapport à 15,7 3 0,7 mois, $p = 0,048$.</p>

TABLEAU 1: (suite)

Pays de référence	Objectif	Type d'étude ; période	Échantillon GI et GT
Maguire et coll. 2010. Canada.	Déterminer si l'éducation des parents de nourrissons de 9 mois peut permettre de réduire l'utilisation du biberon ainsi que l'anémie à l'âge de 2 ans.	ÉCR, 2006-2007.	ÉNourrissons de 9 mois en bonne santé, lors d'une visite périodique chez le pédiatre. GI: $n = 129$, 126 à 15 mois, 102 suivis à 2 ans. GT: $n = 122$, 99 suivis à 2 ans.
Jamieson et coll. 2018. Jamieson et coll. 2019. Smithers et coll. 2017. Australie.	Chercher à savoir si une intervention de promotion de la santé buccodentaire à plusieurs facettes, adaptée à la culture, permet de réduire la consommation de sucres provenant d'aliments discrétionnaires chez les enfants autochtones à l'âge de 2 ans.	ÉCR à groupes parallèles, février 2011 à mai 2012.	Mères d'Australie-Méridionale, enceintes ou donnant naissance à un bébé d'origine aborigène australienne dans les 6 semaines. GI: $n = 223$ mères, 224 bébés - 159 ont reçu l'intervention; 148 enfants ont fait l'objet d'un suivi à 2 ans. $n = 225$ mères, 230 bébés - 165 ont reçu l'intervention; 145 enfants ont fait l'objet d'un suivi à 2 ans.
Schroth et coll. 2015. Canada.	Déterminer l'efficacité du projet communautaire Healthy Smile Happy Child sur la promotion de la santé buccodentaire pendant la petite enfance. Évaluer l'évolution des connaissances, des attitudes et des comportements des soignants en ce qui concerne la santé buccodentaire pendant la petite enfance, ainsi que le fardeau de la CPE et de la CPE sévère.	Évaluation transversale en série d'un programme communautaire lancé en 1999.	Quatre communautés des Premières Nations du Manitoba, Canada: une éloignée, une rurale et deux urbaines. GI $n = 319$ enfants évalués. GT: $n = 408$ enfants évalués avant le programme.

Description des GI et GT	Résultats clés
<p>GI: éducation, pendant la visite de 9 mois: risque d'anémie ferriprive, carie dentaire, discussions sur la limitation du lait. Répétition de l'éducation à 15 mois si l'enfant utilise toujours le gobelet. Ressources distribuées: gobelet à bec, protocole d'arrêt du biberon.</p> <p>GT: conseils nutritionnels standardisés: premiers aliments riches en fer, alimentation solide, salubrité alimentaire, consommation limitée de jus de fruits.</p>	<p>À 2 ans: diminution de l'utilisation du biberon pendant la journée: 15% dans le GI par rapport à 40% dans le GT, $p = 0,0004$.</p> <p>Diminution de l'utilisation du biberon au lit: 3% dans le GI par rapport à 10% dans le GT, $p = 0,05$.</p> <p>Utilisation plus précoce du gobelet: médiane de 9 mois dans le GI par rapport à 12 mois dans le GT, $p = 0,001$.</p> <p>Arrêt plus précoce du biberon: médiane de 12 mois dans le GI par rapport à 16 mois dans le GT, $p = 0,004$.</p> <p>Différence non significative sur le plan statistique relativement à la consommation quotidienne de lait et de jus.</p>
<p>GI: entretien motivationnel et éducation pendant la grossesse, et quand le nourrisson atteint l'âge de 6 mois, 12 mois et 18 mois et visites à domicile: santé buccodentaire, alimentation, traitement dentaire, vernis fluoré, étiologie de la carie dentaire à partir d'aliments et de boissons sucrés, réduction de la consommation d'aliments sucrés et cariogènes, aucune boisson sucrée consommée au biberon la nuit. Planification des objectifs pour éliminer les obstacles.</p> <p>GT: intervention différée, à l'âge de 24 mois, 30 mois et 36 mois.</p>	<p>À 2 ans: augmentation du score z du poids du nourrisson: 0,9 dans le GI par rapport à 0,6 dans le GT, $p = 0,019$.</p> <p>Diminution du score z de la taille du nourrisson: 0,2 dans le GI par rapport à 0,5 dans le GT, $p = 0,028$.</p> <p>Différence non significative sur le plan statistique pour le score z de l'IMC; pour la prévalence du surpoids ou de l'obésité; pour le% d'apport énergétique provenant du sucre dans les aliments discrétionnaires; pour le% d'apport énergétique provenant des aliments discrétionnaires.</p> <p>Diminution de la prévalence de la CPE: 19,7% dans le GI par rapport à 23,6% dans le GT, $p < 0,0001$.</p> <p>À 5 ans: différence non significative sur le plan statistique relativement à la prévalence de la CPE.</p>
<p>GI: renforcement des capacités communautaires. Intégrer la promotion de la santé buccodentaire dans les activités communautaires, les programmes et les services destinés aux enfants et aux familles. Éducation à la promotion de la santé: réconfort de l'enfant sans le biberon, consommation d'eau, arrêt du biberon et transition vers le gobelet, éviter les boissons cariogènes, éviter le maintien forcé du biberon en place, aucun édulcorant sur les sucettes; élaboration d'outils et de ressources pédagogiques.</p> <p>GT: S.O.</p>	<p>Après 5 ans: désaccord plus important au sujet de l'affirmation selon laquelle « donner fréquemment à mon enfant du jus de fruits ou des boissons ne pose pas de problème pour ses dents »: 70,9% lors du suivi par rapport à 48,3% avant le programme, $p < 0,0001$.</p> <p>Accord moins important quant à l'affirmation selon laquelle « donner fréquemment à mon enfant du lait ou de la préparation commerciale pour nourrissons ne pose pas de problème pour ses dents »: 67,1% lors du suivi par rapport à 74,3% avant le programme, $p < 0,015$.</p> <p>Changement non significatif sur le plan statistique relativement au désaccord quant à l'affirmation selon laquelle « donner fréquemment des boissons gazeuses à mon enfant ne pose pas de problème pour ses dents »: 97,2% lors du suivi par rapport à 94,3% avant le programme.</p> <p>Désaccord plus important quant à l'affirmation selon laquelle « lorsque mon bébé grandit, il devrait utiliser le biberon quand il le souhaite »: 72,1% lors du suivi par rapport à 61,8% avant le programme, $p = 0,0022$.</p> <p>Désaccord plus important quant à l'affirmation selon laquelle « je peux mettre mon bébé au lit avec un biberon »: 79% lors du suivi par rapport à 70,3% avant le programme, $p = 0,0073$.</p> <p>Accord plus important quant à l'affirmation selon laquelle « l'alimentation au biberon après l'âge de un an est nocive pour les dents de mon enfant »: 78,1% lors du suivi par rapport à 62% avant le programme, $p < 0,01$.</p> <p>Désaccord plus important quant à l'affirmation selon laquelle « les bébés qui n'ont pas de biberon pleurent davantage »: 64% lors du suivi par rapport à 54,3% avant le programme, $p = 0,014$.</p> <p>Différence non significative sur le plan statistique relativement à la prévalence de l'alimentation au biberon. Augmentation de l'utilisation du gobelet à bec: 93% lors du suivi par rapport à 77,8% avant le programme, $p = 0,0001$.</p> <p>Différence non significative sur le plan statistique relativement à la prévalence de la CPE.</p> <p>Différence significative en ce qui concerne la prévalence de la CPE dans les quatre groupes communautaires, $p = 0,0012$: augmentation de la CPE dans les communautés rurales et éloignées, par rapport à une communauté urbaine.</p> <p>Tendance à la diminution de la prévalence de la CPE sévère: 38,6% lors du suivi par rapport à 45% avant le programme, $p = 0,08$.</p> <p>Différence significative en ce qui concerne la prévalence de la CPE dans les quatre groupes communautaires, $p = 0,0052$: augmentation de la CPE dans les communautés rurales et éloignées, par rapport à une communauté urbaine.</p>

TABLEAU 1: (suite)

Pays de référence	Objectif	Type d'étude ; période	Échantillon GI et GT
Sgan-Cohen et coll. 2001. Israël.	Mesurer l'effet d'un programme d'éducation sur la santé communautaire quant aux pratiques d'alimentation au biberon et au comportement en matière de brossage des dents des nourrissons ayant été déclarés, avec ou sans distribution de dentifrice et de brosses à dents.	Étude comparative quasi expérimentale 2 x 2, dates non déclarées.	Centres de santé maternelle et infantile offrant des services aux nourrissons de 6 à 12 mois. Stratifié par profil religieux: mixte laïc modérément religieux ou à prédominance orthodoxe. GI 1: éducation en matière de santé et distribution de ressources, $n = 268$. GI 2: éducation en matière de santé, $n = 187$. GI 1: soins habituels et distribution de ressources, $n = 133$. GT 2: soins habituels, $n = 139$.
Strippel et coll. 2010. Allemagne.	Examiner l'efficacité de l'élargissement et de l'amélioration de l'éducation en santé buccodentaire dans un cadre clinique.	Étude contrôlée prospective, juillet à décembre 2001.	Parents d'enfants de ≈ 6 semaines (GI 1) ou ≈ 24 mois (GI 2), lors d'examen pédiatrique de routine. GI 1: $n = 1\ 015$. GI 2: $n = 1\ 025$. GT: enfants du même âge dans le nord de l'Allemagne. GT 1: $n = 1\ 181$. GT 2: $n = 989$.
Ventura et coll. 2021. États-Unis.	Évaluer l'effet des stratégies de changement de politiques, de systèmes et d'environnement visant à promouvoir une alimentation sensible aux besoins de l'enfant sur le risque de gain de poids rapide.	ÉCR en grappe. Recrutement de mai à août 2019, suivi de 2020 interrompu par la pandémie de COVID-19.	Mères de nouveau-nés participant au programme WIC des États-Unis. GI: 124 dyades mère-nourrisson. GT: 122 dyades mère-nourrisson.
Vichayanrat et coll. 2012. Thaïlande.	Rendre compte de l'effet d'une intervention pilote de santé buccodentaire à plusieurs niveaux sur les pratiques de santé buccodentaire des soignants.	Essai pilote quasi expérimental, dates non déclarées.	Soignants d'enfants de 6 à 36 mois en bonne santé dans quatre sous districts de deux districts provinciaux. GI: 62 dyades soignant-enfant. GT: 52 dyades soignant-enfant.
Weber-Gasparo, Reeve, et coll. 2013. Weber-Gasparo, Warren, et coll., 2013. États-Unis.	Comparer si un message enregistré sur vidéo, inspiré de la théorie de l'autodétermination, entraîne des changements plus importants à l'égard des connaissances en matière de santé buccodentaire et des intentions comportementales pour prévenir la carie chez le jeune enfant.	ÉCR; dates non déclarées.	Mères d'enfants âgés de 12 à 49 mois participant au programme WIC des États-Unis. GI: $n = 283$; 155 ont répondu au questionnaire de suivi à 1 mois, 181 ont effectué la visite de suivi à 6 mois. GT: $n = 132$; 78 ont répondu au questionnaire de suivi à 1 mois; 86 ont effectué la visite de suivi à 6 mois.

AA: African American; CPE: carie de la petite enfance; ÉCR: étude contrôlée à répartition aléatoire; FF: formula feeding; GI: groupe d'intervention; GT: groupe témoin; HCP: health care professional; HV: health visitor; IMC: indice de masse corporelle; NHS: United Kingdom National Health Service; NR: not reported, NS: not statistically significant; RC: rapport de cotes; QNR: questionnaire; RWG: rapid weight gain; SDS: standard deviation score, SSB: sugar sweetened beverages; S.O.: sans objet; WIC: programme d'aide Women, Infant's and Children's du gouvernement des États-Unis; WFL: weight-for-length.

Description des GI et GT	Résultats clés
<p>GI: éducation à chaque visite, de 0 à 2 ans: diminution de la fréquence de consommation de boissons sucrées, transition vers le gobelet, nettoyage des dents, éviter les sucres ajoutés, éviter l'utilisation du biberon comme sucette ou pendant le sommeil, consultation dentaire, brochure sur la santé dentaire. Distribution de ressources: dentifrice, brosse à dents, au début de l'étude ainsi qu'aux visites de 2 mois et 4 mois.</p> <p>GT: soins habituels, avec ou sans distribution de ressources.</p>	<p>L'utilisation du biberon a diminué entre l'âge de 6 à 12 mois et celui de 12 à 18 mois; cependant, l'ajout de sucre dans les biberons a augmenté.</p> <p>Différence non significative sur le plan statistique relativement à l'utilisation du biberon avec des boissons contenant du sucre ajouté pendant les repas à 6 mois, 10,2% dans le GI par rapport à 6,3% dans le GT, $p = 0,06$. Cependant, ce pourcentage a augmenté de 1,5% dans le GI par rapport à 1,3% dans le GT au début de l'étude, $p < 0,001$.</p> <p>Diminution de l'utilisation du biberon avec des boissons contenant du sucre ajouté pendant les repas à 6 mois, 42,4% dans le GI par rapport à 47,3% dans le GT, $p = 0,06$. Cependant, ce pourcentage a augmenté de 20,6% dans le GI par rapport à 20,9% dans le GT au début de l'étude, $p < 0,001$.</p> <p>Différence non significative sur le plan statistique relativement à l'utilisation du biberon pendant les repas, entre ceux-ci et pendant le sommeil, biberon avec des boissons contenant du sucre ajouté pendant le sommeil.</p>
<p>GI 1: éducation à 6 semaines et 7 mois: allaitement maternel, alimentation au biberon, éruption dentaire, hygiène buccodentaire, suppléments de fluorure, utilisation du biberon.</p> <p>GI 2: éducation à 24 mois: prévention de la carie, hygiène buccodentaire, utilisation du biberon, boissons consommées au biberon, suppléments de fluorure.</p> <p>L'éducation doit couvrir 7-8 sujets en matière de prévention buccodentaire, sur une durée de 15 min.</p> <p>GT: éducation en santé buccodentaire.</p>	<p>Pour le GI 1 (nourrissons âgés de 7 mois): différence non significative sur le plan statistique quant à l'utilisation du biberon au lit la nuit.</p> <p>Diminution de l'utilisation du biberon pendant la journée: «jamais», 33% dans le GI par rapport à 24% dans le GT; «quotidiennement», 32% dans le GI par rapport à 41% dans le GT, $p < 0,001$.</p> <p>Diminution de l'ajout de sucre «parfois ou toujours» aux aliments en purée pour bébé: 24% chez le GI par rapport à 32% dans le GT, $p < 0,001$.</p> <p>Plus grand nombre de sujets sur la prévention buccodentaire abordés par les cliniciens: 3,3 3 2,1 sujets par rapport à 1,9 3 1,7; $p < 0,001$.</p> <p>Pour le GI 2 (nourrissons âgés de 24 mois): différence non significative sur le plan statistique relativement à l'utilisation du biberon pendant la journée et au lit, utilisation continue du biberon, fréquence de consommation d'aliments cariogènes pendant la journée et au lit, fréquence de consommation de boissons cariogènes au lit, connaissance des aliments et des jus cariogènes.</p> <p>Diminution de la fréquence de consommation de boissons cariogènes pendant la journée: 61% dans le GI par rapport à 66% dans le GT, $p = 0,013$.</p> <p>Plus grand nombre de sujets sur la prévention buccodentaire abordés par les cliniciens: 4,2 3 2,2 sujets par rapport à 2,4 3 1,7; $p < 0,001$.</p>
<p>GI: changement de politique, de systèmes et d'environnement dans le cadre du programme WIC. Réorganisation de l'évaluation de l'alimentation des nourrissons afin d'inclure l'alimentation au biberon sensible aux besoins de l'enfant, élaboration d'outils d'évaluation, de ressources de consultation sur l'utilisation de sondes, éducation en ligne et soutien par message texte sur l'alimentation au biberon sensible aux besoins de l'enfant, changement d'image de la ligne d'assistance téléphonique sur l'alimentation chez le nourrisson.</p> <p>GT: soins habituels, y compris un soutien à l'allaitement maternel adapté et rapide, ressources de soutien à l'allaitement maternel (ligne d'assistance téléphonique, éducation en ligne, soutien réactif par message texte).</p>	<p>À 6 mois: diminution du gain de poids rapide: RC: 0,36 (0,16 à 0,81), $p = 0,014$.</p> <p>Différence non significative sur le plan statistique relativement à l'alimentation exclusive au biberon: 65% dans le GI par rapport à 65% dans le GT.</p> <p>Différence non significative sur le plan statistique relativement à l'alimentation mixte au sein et au biberon: 16% dans le GI par rapport à 13% dans le GT.</p> <p>Différence non significative sur le plan statistique relativement à la pratique d'alimentation sensible aux besoins de l'enfant, la pratique d'alimentation sous pression, l'encouragement à vider le biberon, le pourcentage d'alimentation quotidienne au biberon.</p>
<p>GI: mobilisation communautaire. Visites de santé buccodentaire à domicile tous les 3 mois. Amélioration de l'éducation en santé buccodentaire, y compris le brossage des dents, l'alimentation au biberon, le contrôle de la consommation d'aliments cariogènes et les services fournis lors de la vaccination des enfants.</p> <p>GT: services de santé ordinaires et brosses à dents dans les centres de santé locaux.</p>	<p>Différence non significative sur le plan statistique relativement à la prévalence de la carie dentaire, aux enfants s'endormant avec le biberon, au lait sucré, aux jus ou boissons gazeuses dans les biberons, à la consommation de tout type de collation, dans le GI et le GT.</p> <p>Amélioration des connaissances des soignants sur le fait de ne pas ajouter de jus au biberon: 66,1% dans le GI par rapport à 34,6% dans le GT, $p = 0,001$.</p>
<p>GI: éducation: vidéo de 15 min sur la santé buccodentaire, fondée sur la théorie de l'autodétermination concernant l'étiologie de la carie dentaire, l'hygiène buccodentaire, l'alimentation et le risque de carie, la détection précoce de la carie dentaire.</p> <p>GT: brochure papier en langage neutre présentant le même contenu sur la santé dentaire.</p>	<p>Au suivi de 6 mois: différence non significative sur le plan statistique relativement à la prévalence de la CPE; à l'utilisation d'un gobelet à bec contenant des boissons autres que de l'eau pendant la nuit; à l'utilisation d'un gobelet à bec contenant des boissons sucrées pendant la journée; à la consommation de boissons sucrées entre les repas; à la consommation quotidienne de > 177 mL (6 oz) de jus de fruits purs à 100%; à la consommation quotidienne > 2 collations cariogènes, à la consommation de jus de fruits purs à 100%; à la consommation de boissons contenant du sucre ajouté; à la consommation de toutes les boissons sucrées (boissons contenant du sucre ajouté et jus de fruits purs à 100%) dans le GI et le GT.</p> <p>Amélioration des connaissances de la mère en matière de santé buccodentaire (y compris l'utilisation du biberon au lit, les aliments et boissons cariogènes) par rapport au début de l'étude: 5,17 + 3,90 dans le GI par rapport à 3,11 + 4,25 dans le GT, $p < 0,001$.</p>

3.3. Interventions

3.3.1. Cadre et intervenants

Les études ont été menées dans des établissements de soins de santé primaires, des établissements communautaires ou une combinaison des deux. Cinq interventions fondées sur le programme WIC ont été mises en œuvre lors de visites périodiques de l'enfant ou durant les cours d'éducation nutritionnelle²⁸⁻³³. Quatorze études ont été menées lors de visites périodiques de l'enfant, de visites médicales ou de cliniques de vaccination, avec des médecins, des infirmières, des visiteurs de santé (une infirmière autorisée ou une sage-femme diplômée en soins infirmiers de santé publique au Royaume-Uni⁵⁹), des professionnels de la santé buccodentaire et des agents de santé communautaire à titre d'intervenants^{34,41,43,45,46,48,49,51-58}. Le programme communautaire *Bottle it up - take a cup!* aux Pays Bas a en outre ciblé le personnel des services de garde et des groupes de jeu, les formateurs des travailleurs de la santé et les travailleurs des services communautaires à la jeunesse⁵⁶. Les études communautaires ont porté sur des programmes de promotion de la santé communautaire^{34-37,49,56} et/ou des campagnes⁴⁶, ou sur l'utilisation d'espaces communautaires pour l'éducation⁴⁷, ou la consultation³⁸⁻⁴⁰.

La durée des interventions dans le cadre des soins de santé primaires allait de séances d'enseignement ponctuelles^{28,30-32,45} ou de la remise d'un document d'information^{44,45,51} à des soins de longue durée intégrés dans les visites périodiques de l'enfant, les visites médicales ou les cliniques de vaccination, les plus longues ayant duré jusqu'à ce que les enfants aient 3 ans dans le cadre de deux études^{41,42}. La durée des interventions dans le cadre des programmes communautaires variait de un an⁴⁹ à plusieurs années, le projet *Healthy Smile, Happy Child* ayant été lancé en 1999 et se poursuivant au moment de la rédaction du présent rapport^{35,60}.

3.3.2. Contenu de l'intervention : éducation

Toutes les interventions se sont concentrées sur l'éducation des soignants pendant la prestation de soins de santé primaires ou dans le cadre de programmes communautaires de promotion de la santé. Les sujets abordés concernaient la carie dentaire et la santé buccodentaire^{28,30,31,38-41,48,49,54-56,58}, les pratiques d'alimentation sûres par les préparations commerciales pour nourrissons^{50,51}, l'arrêt du biberon, la transition du biberon au gobelet, la limitation de l'utilisation du biberon et l'évitement de l'utilisation du biberon au coucher^{29,32,38-43,45,46,48,52-58}, les comportements alimentaires, notamment le choix de l'eau comme boisson, la limitation de la consommation d'aliments et de boissons cariogènes et de l'exposition à ceux-ci^{30,31,38-44,49,57,58}, le poids santé ou la croissance^{28,50}, la satiété du nourrisson³², l'alimentation sensible aux besoins de l'enfant par les préparations commerciales pour nourrissons^{32,33,50}, l'anémie ferriprive^{28,54}, le brossage des dents^{41,43,45,46,49,55,57}, ainsi que l'inscription et la consultation chez le dentiste^{38-41,44,57}. Bien que toutes les études aient porté sur l'éducation, seules six d'entre elles ont décrit des techniques de changement de comportement^{38-40,42,47,48,50,52} et seules six études ont inclus des changements de comportement ou une théorie éducative dans la méthodologie de l'intervention^{30-32,47,49,50,61}.

La consultation en matière de changement de comportement décrite dans six études comprenait un entretien motivationnel, l'établissement d'objectifs ou la planification des mesures à prendre. Dans trois études, l'entretien motivationnel comprenait deux appels téléphoniques en plus de consultations externes⁵², l'intégration de l'entretien motivationnel dans les processus habituels de visite médicale⁴⁸ et quatre séances de consultations à partir de la grossesse jusqu'à l'âge de 18 mois³⁸⁻⁴⁰. L'établissement

d'objectifs s'est fait dans le cadre de l'entretien motivationnel⁴⁸ ou de cours éducatifs⁴⁷ ou par l'utilisation de feuilles de travail autodirigées⁴². Trois études ont utilisé la planification des mesures à prendre pour réaliser des objectifs de changement de comportement ou pour cerner et résoudre les obstacles au changement^{38-40,48,50}.

3.3.3. Contenu de l'intervention : distribution de ressources

Des ressources ont été utilisées dans le cadre de 17 interventions pour faciliter l'éducation et les changements de comportement. Les ressources mises à la disposition des participants comprenaient des brochures d'information ou des documents à distribuer^{28,33-35,43-45,51,54,55,57}, l'envoi de messages textes³³, des gobelets pour enfants^{28,29,34,36,37,43-46,54} et trousse de santé buccodentaire, contenant des brosses à dents et/ou du dentifrice^{34,42-46,55,57}. Des ressources ont été fournies aux intervenants ou ont été élaborées par eux dans quatre études portant sur l'éducation des patients et la promotion de la santé communautaire^{33,35-37,56}.

3.3.4. Méthodologie de l'intervention et engagement des intervenants

Cinq études ont décrit la méthodologie de leurs interventions^{28,29,47,50,56}, impliquant l'engagement des intervenants pour l'élaboration du programme. Quatre études ont utilisé des groupes de discussion et des entretiens avec des intervenants et des soignants pour le développement des ressources^{61,62}, la planification et l'admissibilité des messages d'intervention^{63,64} et la détermination de la recevabilité de l'intervention⁶⁴.

Les niveaux d'engagement communautaire varient d'une étude à l'autre, comme les interventions communautaires ou les travailleurs en santé communautaire en tant qu'intervenants. Cela comprenait des championnats communautaires pour favoriser l'éducation à la prévention de la carie de la petite enfance^{35-37,49}, publicité dans les médias et les campagnes de promotion dans la communauté^{34,36,37,46,56}, et le renforcement de la capacité des programmes et services communautaires existants pour l'enfance et la famille afin d'assurer la prestation des activités d'intervention^{34,35,49}. Le programme *Contra Caries* a offert de l'enseignement communautaire dispensé par des éducateurs en santé communautaire⁴⁷.

3.4. Résultats de l'étude

La majorité des études ont fait état de résultats mitigés (16 études)^{29-32,34-36,39,40,42,43,47-49,54,56,58} ou de l'absence de résultat statistiquement significatif (quatre études)^{28,50,53,55}. Parmi celles-ci, huit études ont révélé une aggravation des résultats après l'intervention dans le groupe d'intervention ou dans les groupes d'intervention et témoin^{32,34,35,40,42,43,56,57}.

3.4.1. Poids ou anthropométrie

Sur les six études qui ont fait état de résultats sur le poids ou l'anthropométrie, deux d'entre elles ont signalé une amélioration, avec un nombre significativement plus faible d'enfants ayant un IMC supérieur au 85^e percentile dans une cohorte d'intervention³⁴ et une diminution du risque de gain de poids rapide chez les nourrissons dans un groupe de l'étude d'intervention³³. Les autres études n'ont signalé aucun effet significatif quant à leurs paramètres anthropométriques^{28,40,50} ou des effets aggravés, les enfants du groupe d'intervention dans deux études ayant présenté des gains de poids significativement plus importants que les enfants des groupes témoins^{32,40}.

3.4.2. Prévalence de la carie dentaire

L'incidence de l'intervention sur la carie dentaire tendait vers une amélioration ou une absence de différence significative dans cinq des 11 études. Six études ont signalé une diminution de la prévalence de la CPE^{34,36,37,39,41-43}. Toutefois, deux études présentaient des limites : une diminution de la prévalence de la CPE a été constatée après l'intervention à l'âge de 2 ans, mais pas lors du suivi à 5 ans³⁸, et l'arrêt des activités de consultation et d'éducation communautaire du programme après l'arrêt du financement a entraîné des changements non significatifs de la prévalence de la CPE dans sept communautés des Premières Nations d'Amérique après quatre ans³⁶. L'évaluation d'un programme communautaire qui ne comportait qu'une seule cohorte aux fins d'examen à long terme a révélé des différences significatives en ce qui concerne la prévalence de la CPE à l'âge de 4 ans, mais pas à l'âge de 2 et 3 ans³⁴, ce qui correspond aux stades de développement de l'éruption dentaire et la progression naturellement lente de la carie dentaire.

Cinq études n'ont observé aucune différence significative en ce qui concerne la prévalence de la carie dentaire^{31,35,49,53,55}. Notamment, l'évaluation d'un programme dans quatre communautés des Premières Nations canadiennes a révélé une prévalence significativement plus élevée de la CPE et de la CPE sévère – lorsque les caries sont atypiques, progressives, aiguës ou rampantes⁶ – dans les communautés rurales et éloignées par rapport à une communauté urbaine³⁵.

3.4.3. Connaissance et sensibilisation des soignants

Dans neuf études portant sur les connaissances et la sensibilisation des soignants, les résultats ont généralement fait état d'une meilleure compréhension de l'alimentation au biberon⁵¹, de la CPE⁵⁶, de l'arrêt du biberon⁵³, des connaissances en matière de santé buccodentaire (y compris des sujets sur l'utilisation du biberon ou les boissons cariogènes)^{30,31,34,35,47}, de l'effet des boissons cariogènes sur la santé dentaire^{47,49}, et du souvenir de l'enseignement dispensé par l'intervenant⁴⁴; cependant, il n'y a pas eu d'amélioration significative dans une étude⁵⁸.

3.4.4. Utilisation du biberon et du gobelet

Les résultats sur l'utilisation du biberon et du gobelet étaient mitigés. Sur les dix études portant sur l'arrêt du biberon, sept ont signalé une amélioration avec l'augmentation de l'arrêt du biberon^{42,43,45,46,52,56} ou un arrêt plus précoce⁵⁴, tandis que trois études n'ont signalé aucune différence relativement à la prévalence de l'arrêt du biberon ou l'âge de l'arrêt^{29,34,53}.

Deux études ont signalé un début d'utilisation du gobelet plus précoce de 2 à 3 mois par rapport à leurs groupes témoins^{34,54}. Dans les neuf études portant sur l'utilisation du biberon ou l'alimentation au biberon, cinq d'entre elles ont relevé une diminution de l'utilisation du biberon sur le plan de la prévalence et de la fréquence d'utilisation^{29,46,48,54,56}, tandis que quatre études n'ont signalé aucune différence^{28,33,35,58}. Dans les trois études qui ont rendu compte de la fréquence ou de la prévalence de l'utilisation du gobelet, deux études n'ont révélé aucune différence^{28,34} et une étude a révélé une utilisation accrue du gobelet⁵⁵. Lawrence et ses collaborateurs ont constaté des taux plus faibles d'utilisation du biberon par les soignants, mais aucune différence en ce qui concerne les taux d'allaitement maternel et la prévalence de l'utilisation continue du biberon entre 2 et 5 ans³⁴. Ventura et ses collaborateurs ont constaté que, bien que l'allaitement maternel exclusif ait diminué, que l'alimentation mixte par les préparations commerciales pour nourrissons et l'allaitement maternel

ait diminué et que l'alimentation exclusive par les préparations pour nourrissons ait augmenté de la naissance à l'âge de six mois, il n'y avait pas de lien entre les stratégies d'intervention pour l'alimentation au biberon sensible aux besoins de l'enfant et le temps, ce qui indique que les stratégies d'intervention n'ont pas encouragé involontairement des taux plus élevés d'alimentation au biberon³³. L'utilisation du biberon pendant le sommeil est un facteur de risque d'apparition de la carie dentaire. Dans quatre études portant sur l'utilisation du biberon et du gobelet au moment du coucher ou pendant le sommeil, une étude a révélé une amélioration, avec une diminution de l'utilisation du gobelet contenant une boisson autre que de l'eau au moment du coucher, mais aucune différence dans l'utilisation du biberon contenant une boisson autre que de l'eau au moment du coucher ou l'arrêt du biberon au moment du coucher⁴², tandis que trois études n'ont révélé aucune différence en ce qui concerne l'utilisation du biberon pendant le sommeil^{49,55,57}.

L'exposition plus importante à des boissons potentiellement cariogènes par l'utilisation accrue du biberon ou du gobelet en dehors des repas est un facteur de risque d'apparition de la carie dentaire. Parmi les deux études qui n'ont pas déclaré les types de boissons contenus dans les biberons, l'une n'a observé aucune différence en ce qui concerne l'utilisation du biberon pendant les repas et entre ceux-ci⁵⁷, et l'autre a révélé une augmentation de l'utilisation du biberon par les enfants du groupe d'intervention en dehors des repas, mais une diminution de l'utilisation du biberon pour calmer les pleurs³⁴.

3.4.5. Comportements alimentaires cariogènes

La fréquence accrue d'exposition aux aliments et boissons cariogènes augmente le risque d'apparition de la carie dentaire. Les comportements alimentaires cariogènes, autres que l'utilisation du biberon ou du gobelet, comprennent la fréquence des collations, les types de boissons consommées et l'ajout d'aliments cariogènes dans les biberons de lait pour nourrissons. Dans les 16 études, les résultats concernant les comportements cariogènes tendent vers l'absence d'effets significatifs. Douze études n'ont pas mis en évidence de différences significatives quant à la quantité ou la fréquence de consommation de préparations pour nourrissons³², de lait^{29,54}, de jus^{29,31,49,54} et d'aliments ou de boissons cariogènes ou discrétionnaires^{29,31,34,40,47-49,55,58}, la consommation totale de liquides au moyen de biberons et de gobelets²⁸, l'ajout d'aliments cariogènes aux biberons⁴⁸ et l'utilisation de sucettes pour bébés trempées dans le sucre ou le miel³⁴. Cinq études ont fait état de résultats positifs : diminution de la consommation de boissons cariogènes au gobelet ou pendant la journée^{43,58}, augmentation du nombre d'enfants limitant leur consommation de boissons⁴⁷ ou d'aliments sucrés⁴¹, diminution de l'ajout de sucre ou d'édulcorants dans les aliments pour nourrissons ou les biberons^{34,58}, et augmentation de la consommation de boissons non sucrées (lait de vache et préparations commerciales pour nourrissons) et diminution de la consommation de boissons sucrées (lait concentré) dans une cohorte³⁴. Deux études ont révélé une détérioration des résultats, avec une augmentation de la consommation de collations entre les repas⁴² ou l'utilisation accrue du biberon avec des boissons contenant du sucre ajouté⁵⁷.

3.4.6. Comportements alimentaires obésogènes

L'alimentation au biberon peut être associée à des comportements d'alimentation sous pression, comme le fait d'encourager les nourrissons à boire tout le contenu du biberon, ce qui augmente le risque de suralimentation, au lieu de nourrir le nourrisson en réponse à ses signaux de satiété. Ventura et ses collaborateurs ont constaté que les pratiques d'alimentation sensible aux besoins de

l'enfant, les pratiques d'alimentation sous pression ou l'encouragement à vider le biberon n'étaient pas touchés par les changements stratégiques visant à promouvoir l'alimentation au biberon sensible aux besoins de l'enfant dans six cliniques du programme WIC³³.

3.4.7. Pratique des professionnels de la santé

Trois études ont fait état de changements pour ce qui est des pratiques des professionnels de la santé. Hamilton et ses collaborateurs ont constaté qu'un plus grand nombre de mères se souvenaient des propos tenus par le visiteur de santé sur la transition du biberon au gobelet, et la réduction de la consommation d'aliments et de boissons sucrés lors de la visite périodique de l'enfant à 8 mois, soit 39 % et 29 %, respectivement⁴⁴.

L'intervention structurée d'éducation en santé buccodentaire de Strippel et de ses collaborateurs a augmenté de manière significative le nombre de discussions tenues par les cliniciens sur des sujets de prévention en matière de santé buccodentaire lors des examens pédiatriques de routine; cependant, cela ne représentait que la moitié des 15 sujets présentés dans les protocoles d'intervention⁵⁸. L'évaluation de la campagne *Bottle it up! - take a cup* a révélé que davantage de membres du personnel de santé infantile ont discuté de la transition du biberon au gobelet (de 15 % à 27 %), mais moins de membres du personnel de santé infantile ont mis les parents en garde contre l'utilisation incorrecte du biberon (75 % à 24 %)⁵⁶.

3.5. Évaluation critique

Une évaluation critique au moyen de l'outil d'évaluation des méthodes mixtes est résumée dans le fichier supplémentaire S6.

Sur 13 études (16 références) à répartition aléatoire contrôlée ou à répartition aléatoire contrôlée par grappes, presque toutes (11 sur 13) présentaient des risques de biais difficiles à cerner sur l'observance à l'intervention assignée, l'observance n'ayant pas été déclarée. Six études présentaient un risque élevé de biais en raison de la description inadéquate de la répartition aléatoire des participants. Cinq études (six références) présentaient un risque élevé de biais, les groupes n'étant pas comparables au début de l'étude: différences en ce qui concerne le risque de surpoids ou d'obésité²⁸, le contexte culturel⁴³, le statut socio-économique⁴⁵, l'âge de la mère⁴⁵, les intentions d'alimentation du nourrisson⁵⁴ et la souscription d'une assurance maladie privée^{30,31}. Seules six études ont retenu 80 % des participants à la fin de l'intervention ou lors du suivi et présentaient un faible risque de biais en raison de données incomplètes sur les résultats. Dans la plupart des études, les évaluateurs des résultats étaient à l'insu des conditions des participants, et seules quatre études présentaient un risque élevé de biais dû au fait que les évaluateurs n'étaient pas à l'insu.

Sur 14 études (15 références) faisant appel à une méthodologie quasi expérimentale sans répartition aléatoire, presque toutes (13 sur 14) utilisaient des mesures appropriées pour évaluer l'exposition et les résultats des participants. Onze études (12 références) étaient menées auprès de participants représentatifs de la population cible, tandis que les trois autres études n'ont fourni que peu de renseignements sur les caractéristiques démographiques des parents. Six études étaient associées à un risque élevé de biais en raison de données incomplètes sur les résultats, et affichaient une rétention \leq 80 % des participants à la fin de l'intervention ou lors du suivi. Neuf études (10 références) étaient associées à un risque élevé de biais en raison de facteurs de confusion non pris en compte dans la méthodologie et les analyses statistiques. Il y avait un risque mitigé de biais lié à l'observance de l'intervention appliquée.

4 - DISCUSSION

Cette revue intégrative résume 27 études évaluant l'alimentation par les préparations commerciales ou l'arrêt du biberon chez les nourrissons et les jeunes enfants, ainsi que leurs effets sur l'anthropométrie, la prévalence de la carie dentaire et les comportements alimentaires. Cette revue évaluait l'efficacité à ce jour d'interventions ayant un double objectif lié à la santé buccodentaire et au poids de l'enfant. Une série de stratégies d'intervention ont été utilisées, principalement axées sur l'éducation et la distribution de ressources. L'éducation des soignants portait sur divers sujets liés à la santé buccodentaire, à l'alimentation et aux comportements alimentaires, à la consultation des professionnels de santé buccodentaire et au brossage des dents. Les ressources utilisées pour favoriser les comportements en matière de santé comprenaient des documents d'information pour les soignants et les intervenants, des gobelets pour enfants et des trousseaux de santé buccodentaire avec des brosses à dents et du dentifrice. L'efficacité des interventions était mitigée: la plupart des études ont rapporté des résultats mitigés ou non significatifs sur le plan statistique, et huit études ont montré une aggravation des résultats après l'intervention. Notamment, plus de la moitié des études visaient les nourrissons et les jeunes enfants présentant des facteurs de risque les prédisposant à la CPE et au surpoids, notamment une situation financière ou sociale défavorisée, des facteurs culturels et des inégalités liées au fait d'être originaire des Premières Nations.

Cette analyse documentaire présente plusieurs points forts. Tout d'abord, elle intègre des recherches issues de courants de recherche pluridisciplinaires qui sont généralement distinctes, mais qui ont des objectifs parallèles. Les conclusions et les recommandations sont pertinentes pour renforcer les pratiques et élaborer des interventions efficaces dans toutes les disciplines. Les pratiques cliniques utilisées fréquemment dans certaines disciplines, comme la remise de gobelets pour les enfants afin de favoriser l'arrêt du biberon, peuvent améliorer la conception des interventions. Deuxièmement, elle démontre l'importance de la pratique interdisciplinaire, en particulier lorsque les interventions sont axées sur des populations vulnérables plus susceptibles au développement de la carie dentaire, d'un surpoids et d'obésité dans la petite enfance.

Troisièmement, cette revue suivait une stratégie de recherche exhaustive ayant permis de mettre en évidence plus de 12 000 références, bien qu'il soit possible que certaines d'entre elles aient été manquées, en particulier les publications plus anciennes et les interventions à plus petite échelle dans des zones locales non incluses dans les publications évaluées par les pairs.

Les limites de cette revue comprennent l'impossibilité de tirer des conclusions définitives ou de réaliser des méta-analyses en raison de l'ampleur ou de la diversité des méthodologies d'étude et des résultats rapportés. Les études étaient de qualité variable, 21 d'entre elles présentant un risque élevé de biais dans au moins une dimension de l'étude, le plus souvent en raison de données incomplètes sur les résultats (sept ÉCR/ÉCR en grappe et six essais expérimentaux sans répartition aléatoire) et de facteurs de confusion non pris en compte dans la méthodologie et l'analyse (neuf essais expérimentaux). En outre, l'impact de ces interventions était mitigé. Qui plus est, l'évaluation avec l'outil d'évaluation des méthodes mixtes indique des limites dans la méthodologie des études qui pourraient contribuer à une estimation erronée des différences entre les résultats de l'intervention et ceux du témoin. Seules deux études ont fait état d'améliorations relatives à l'anthropométrie, avec une diminution du nombre d'enfants en surpoids ou susceptibles de présenter un surpoids dans l'une

des deux cohortes de participants³⁴ et une diminution du risque de prise de poids rapide chez les nourrissons dans un groupe d'intervention³³. Sur les 11 études évaluant les résultats relatifs à l'apparition de la carie dentaire, six ont fait état d'améliorations; cependant, parmi ces études, deux n'ont pas constaté d'effets à long terme après l'arrêt du financement ou la fin de l'essai^{36,38} et quatre ont signalé un risque élevé de biais en raison de données incomplètes sur les résultats^{34,39,41,43}. Les connaissances et la sensibilisation des soignants relativement à la carie dentaire et aux comportements alimentaires ont été signalées comme étant les améliorations les plus constantes dans neuf études. Sur les 16 études portant sur l'utilisation du gobelet et du biberon, 11 ont observé une augmentation de l'utilisation du gobelet, une réduction de l'utilisation du biberon et un arrêt plus précoce de l'utilisation du biberon ou un début plus précoce d'utilisation du gobelet. Cependant, neuf de ces études ont signalé un risque élevé de biais, le plus souvent à l'égard de la concordance des données initiales, de l'exhaustivité des données sur les résultats et de facteurs de confusion liés à la méthodologie^{29,33,34,43,45,46,52,54,56}. Peu de changements cliniquement significatifs ont été constatés relativement à l'utilisation du biberon pendant le sommeil ou en dehors des repas comme facteur potentiel d'exposition aux substances cariogènes. Sur les 16 études comportant des résultats sur les comportements alimentaires cariogènes, seules cinq études ont obtenu des résultats positifs avec une diminution de l'exposition aux aliments et boissons cariogènes, mais ont également signalé un risque élevé de biais dans au moins un domaine de l'outil d'évaluation des méthodes mixtes^{34,41,43,47,58}. Bien que l'étendue des critères d'évaluation des résultats n'ait pas permis de réaliser une méta-analyse, l'éventail des résultats de l'étude indique les forces présentes dans les deux disciplines qui devraient être utilisées pour guider la recherche future et les méthodologies d'intervention. L'utilisation ou l'établissement de critères d'évaluation fondamentaux relatifs aux interventions en matière d'alimentation des nourrissons, d'apport alimentaire ou de santé buccodentaire^{65,66} peut appuyer la déclaration normalisée et la comparaison d'effets significatifs.

Les changements de comportement en matière de santé sont difficiles. Les changements de comportement ne devraient pas dépendre d'actions individuelles, comme espérer que des renseignements ou des connaissances mènent à un changement de comportements établis, sans comprendre également les facteurs sous-jacents⁶⁷. Les interventions reposant sur la théorie du changement de comportement et traitant des facteurs multidimensionnels qui sous-tendent les comportements peuvent favoriser des changements durables⁶⁸. Bien que de nombreuses études se soient concentrées sur l'éducation des parents ou des soignants ou encore sur la distribution de ressources^{28-34,41,43-46,51,53-55,57,58}, seules six études ont utilisé l'entretien motivationnel, le plan d'action ou la fixation d'objectifs en plus de l'éducation^{38-40,42,47,48,50,52}. De même, seules six études incluaient des changements de comportement ou une théorie éducative^{30-32,47,49,50,61}. Les antécédents de comportements obésogènes et cariogènes liés aux biberons, aux boissons et aux préparations commerciales pour nourrissons relèvent de lacunes en matière de connaissances et de préférences culturelles, notamment l'apaisement ou le réconfort de l'enfant^{69,70}, la prise de poids accrue causée par la perception d'un faible appétit^{71,72}, la préférence pour les enfants plus corpulents^{73,74} et les idées fausses sur le caractère cariogène des boissons^{71,75,76}. Les obstacles à la consommation de boissons non cariogènes, comme l'eau, par les nourrissons et les jeunes enfants peuvent inclure l'aversion de l'enfant pour l'eau, la préférence de l'enfant pour les boissons cariogènes sucrées, les inquiétudes du soignant concernant la sécurité de l'eau du robinet, la croyance du soignant voulant que le fait de boire de l'eau soit un signe de pauvreté et d'incapacité à acheter des boissons, la croyance du soignant quant voulant que le lait soit un repas plutôt qu'une boisson, ainsi que les normes qui n'encouragent pas la consommation d'eau du robinet⁷⁵⁻⁷⁷. Si ces facteurs ne sont pas pris en compte, l'éducation axée sur la manière d'adopter des pratiques exemplaires peut s'avérer insuffisante pour promouvoir l'amélioration de la santé buccodentaire et des comportements alimentaires.



Pour favoriser les changements de comportement, l'entretien motivationnel, en tant qu'approche centrée sur le client, permet d'aborder les comportements sous-jacents et d'encourager la fixation d'objectifs par les parents.

Trois études de cette revue utilisaient l'entretien motivationnel dans le cadre de l'éducation des soignants^{38-40,48,52} et ont montré des améliorations significatives dans l'utilisation du biberon et la prévalence de la CPE. Une méta-analyse de Borrelli et ses collègues a révélé que les entretiens motivationnels ciblant les parents ou les dyades parent-enfant dans le cadre d'interventions de santé amélioraient l'hygiène buccodentaire, le niveau d'activité physique, le temps d'utilisation des écrans et l'alimentation des enfants⁷⁸. Dans le contexte de la santé buccodentaire, l'entretien motivationnel est généralement pratiqué en milieu clinique; cependant, il a souvent lieu trop tard, puisque les enfants se présentent pour recevoir des soins cliniques après l'apparition de douleurs liées à la carie dentaire, et n'est pas réalisable en tant que stratégie à l'échelle de la population, puisqu'il demande beaucoup de temps et de travail. En outre, bien que les interventions de prévention visant à modifier le comportement aient inclus des conseils en matière de régime alimentaire et d'hygiène buccodentaire axés sur le patient et dispensés parallèlement à des interventions chirurgicales en milieu clinique, ces interventions demandent beaucoup de temps et de main-d'œuvre, sont coûteuses à mettre en œuvre et, sans une exposition régulière et répétée, elles n'ont pas donné de résultats uniformes sur le plan de l'amélioration durable de la carie dentaire^{79,80}. Cela donne l'élan nécessaire à des approches collaboratives et interdisciplinaires pour la prévention des maladies avant que les enfants ne se présentent pour un traitement clinique.

Le maintien de ces interventions et le suivi à long terme sont essentiels. Une étude longitudinale devrait être envisagée pour les futures interventions, puisque la carie dentaire est une maladie progressive. Deux études l'ont souligné: une cohorte d'un programme communautaire au sein des Premières Nations du Canada, a révélé une différence significative dans la prévalence de la CPE à l'âge de 4 ans, mais pas à l'âge de 2 et 3 ans³⁴ et une ÉCR menée auprès d'enfants des Premières Nations d'Australie, a révélé une diminution significative de la prévalence de la CPE à l'âge de 2 ans, mais pas à l'âge de 5 ans³⁸⁻⁴⁰. En outre, cette analyse intégrative souligne l'importance de la théorie du changement de comportement dans la conception des interventions à long terme, ainsi que l'importance des approches interdisciplinaires et de la participation des consommateurs dans l'élaboration d'interventions holistiques à long terme en matière d'éducation sur la santé.

La participation des consommateurs est essentielle pour élaborer des messages appropriés et des stratégies acceptables pour les communautés cibles. Cinq études^{28,29,47,50,56} comprenaient l'engagement des utilisateurs dans le cadre de la conception des ressources^{61,62}, des messages d'intervention^{63,64} et de la mise en œuvre de l'intervention⁶⁴. L'appropriation et la participation de la communauté sont tout aussi essentielles. En Australie, au Canada et aux États-Unis, des membres de la communauté des Premières Nations et des travailleurs de la santé ont participé à l'optimisation des ressources organisationnelles, à la mise en œuvre des interventions, au rôle de champion communautaire et à l'application de solutions locales dans quatre programmes de promotion de la santé buccodentaire³⁴⁻⁴⁰. De même, dans trois études, les travailleurs de la santé communautaire au sein des groupes ont soutenu la mise en œuvre du programme dans des communautés culturellement et linguistiquement diversifiées au Canada et aux États-Unis⁴⁶⁻⁴⁸. L'engagement de la communauté ne garantit pas la réussite des résultats, une étude ayant conclu qu'une intervention de promotion

de la santé culturellement adaptée ne garantissait pas une mise en œuvre fondée sur les services⁴⁰; cependant, cela reste important pour la conception des études et peut contribuer à la raison pour laquelle le programme *Healthy Smile, Happy Child* est toujours en cours au sein de la communauté du Manitoba, au Canada⁸¹. Les futures interventions menées auprès des populations vulnérables quant à la CPE, au surpoids et à l'obésité infantiles devraient faire intervenir une conception des interventions en collaboration avec les utilisateurs, en particulier lorsque l'adéquation culturelle est essentielle à la conception des messages d'intervention et pour favoriser les changements de comportement⁸².

Les approches interdisciplinaires à l'égard de la prévention de la CPE, de même que du surpoids et de l'obésité chez l'enfant qui reposent sur les pratiques exemplaires en matière d'alimentation par des préparations commerciales et d'utilisation du biberon peuvent renforcer et orienter les soins préventifs. Dans la région sociosanitaire des auteurs, un programme de santé buccodentaire pour la petite enfance intègre les soins buccodentaires dans les interventions de santé générale menées par des professionnels de la santé de l'enfant^{83,84}, et le traitement chirurgical de la CEP dans les hôpitaux publics exige la participation à de l'enseignement sur la prévention de la CPE dispensé par un professionnel de la santé buccodentaire et d'une diététiste. Un service de santé buccodentaire lancé par des sages-femmes et comprenant des soins dentaires prénataux dans la région de Greater Western Sydney, en Australie, a amélioré les connaissances des mères en matière de santé buccodentaire, l'hygiène et la santé buccodentaires et le recours aux services dentaires. L'évaluation du processus a fait état d'expériences positives de la part des sages-femmes, des professionnels de la santé buccodentaire et des mères⁸⁵⁻⁸⁷. Depuis, ce service a permis la création de ressources gouvernementales en matière de santé buccodentaire prénatale; il a été adopté comme politique dans l'État de Victoria et a été intégré au programme de formation continue de l'organisme national des sages-femmes^{88,89}.

De même, le programme *Healthy Tums, Healthy Gums*, dispensé par les travailleurs sociaux, le personnel de santé buccodentaire et les diététistes auprès de familles vulnérables, a permis d'améliorer les connaissances en matière de santé buccodentaire et de nutrition infantile, notamment l'utilisation du gobelet à partir de l'âge de 6 mois, l'arrêt du biberon avant l'âge de 12 mois et la connaissance des aliments et boissons cariogènes et non cariogènes⁹⁰. Une approche intégrée de prévention de l'obésité et de la CPE visant à promouvoir les pratiques exemplaires en matière d'alimentation par des préparations commerciales et d'utilisation du biberon, comme le montrent des recherches récentes^{48,91,92}, est une nouvelle approche prometteuse qui se penche sur les facteurs de risque mis en évidence par les professionnels de la santé de l'enfant comme contribuant aux comportements alimentaires obésogènes liés à l'utilisation des préparations commerciales pour nourrissons⁹³.

5 - CONCLUSIONS

Cette revue intégrative de 27 études combine des recherches provenant de disciplines qui partagent des objectifs similaires concernant l'utilisation des préparations commerciales pour nourrissons et du biberon, et qui ont une incidence sur les résultats à long terme en matière de santé métabolique et buccodentaire. Les stratégies d'intervention en contexte de soins de santé primaires, en milieu communautaire et une combinaison des deux allaient des séances d'enseignement ponctuelles, à la distribution de ressources, à des soins à long terme intégrés dans les pratiques de soins habituels. Bien que l'efficacité des interventions soit mitigée et que la plupart des études fassent état de résultats contradictoires ou non significatifs sur le plan statistique, un éventail de stratégies d'intervention a été établi. Ces stratégies

comprenaient l'éducation, les consultations en matière de changement de comportement, la distribution de ressources et l'engagement des parties prenantes.

Les conclusions et les recommandations de cette revue intégrative sont pertinentes pour renforcer les pratiques en soulignant la nécessité d'approches interdisciplinaires collaboratives qui intègrent des messages portant sur la santé buccodentaire et sur la nutrition pour prévenir la CPE ainsi que le surpoids et l'obésité chez l'enfant. Des stratégies propres à chaque discipline, comme l'utilisation ciblée des ressources pour favoriser les changements de comportement, devraient être utilisées pour établir des interventions efficaces dans toutes les disciplines. Cette revue souligne la nécessité d'utiliser la théorie du changement de comportement, la participation des parties prenantes et la collaboration dans la conception des interventions afin d'appuyer les populations vulnérables qui présentent des risques combinés accrus d'apparition de la carie dentaire, de surpoids et d'obésité pendant la petite enfance.

MATÉRIEL SUPPLÉMENTAIRE :

Les documents suivants sont disponibles en ligne à l'adresse <https://www.mdpi.com/article/10.3390/ijerph182312304/s1>:

Fichier supplémentaire S1: Liste de contrôle PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis*) adaptée à un rapport de revue intégrative. Fichier supplémentaire S2: Critères d'admissibilité de la stratégie de recherche. Fichier supplémentaire S3: Stratégie de recherche dans le cadre de travail population/problème, intérêt et contexte pour la base de données CINAHL. Fichier supplémentaire S4: Stratégies de recherche utilisées pour les bases de données. Fichier supplémentaire S5: Études exclues traitant de l'alimentation par les préparations pour nourrissons, l'arrêt du biberon ou l'utilisation du gobelet dans le contexte plus large de l'intervention de l'étude. Fichier supplémentaire S6: Évaluation des études à l'aide de l'outil MMAT (*Mixed Methods Appraisal Tool*).

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS :

conceptualisation: C. R., E.D.-W. et H.C.; méthodologie: C. R. et H.C.; analyse formelle: C. R. et H.C.; enquête: H.C.; stockage des données: H.C.; rédaction – préparation de la première ébauche: C. R. et H.C.; rédaction – revue et révision: A.A., E.D.-W., M.M. et R.C.; visualisation: H.C.; et supervision: E.D.-W. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version publiée du manuscrit.

FINANCEMENT :

cette recherche n'a fait l'objet d'aucun financement externe.

DÉCLARATION DU COMITÉ D'ÉVALUATION DE L'ÉTABLISSEMENT :

sans objet.

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ :

l'approbation éthique et le consentement éclairé n'ont pas été nécessaires pour cette revue des publications existantes.

REMERCIEMENTS :

les auteurs remercient Isabelle Raisin, bibliothécaire à l'Université de Sydney, pour son aide dans l'élaboration de la stratégie de recherche dans les bases de données, et Louise Baur, pour son soutien en tant que directrice de recherche de troisième cycle.

CONFLITS D'INTÉRÊTS :

les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références :

1. Organisation mondiale de la Santé. *Ending Childhood Dental Caries: WHO Implementation Manual*; Organisation mondiale de la Santé: Genève, Suisse, 2019.
2. Kassebaum, N.J.; Bernabé, E.; Dahiya, M.; Bhandari, B.; Murray, C.J.L.; Marcenes, W. Global Burden of Untreated Caries: A Systematic Review and Metaregression. *J. Dent. Res.* **2015**, *94*,650–658. [CrossRef]
3. Kassebaum, N.J.; Smith, A.G.C.; Bernabé, E.; Fleming, T.D.; Reynolds, A.E.; Vos, T.; Murray, C.J.L.; Marcenes, W. 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*,380–387. [CrossRef] [PubMed]
4. Casamassimo, P.S.; Thikkurissy, S.; Edelstein, B.L.; Maiorini, E. Beyond the dmft: The Human and Economic Cost of Early Childhood Caries. *J. Am. Dent. Assoc.* **2009**, *140*,650–657. [CrossRef] [PubMed]
5. George, A.; Sousa, M.S.; Kong, A.C.; Blinkhorn, A.; Patterson Norrie, T.; Foster, J.; Dahlen, H.G.; Ajwani, S.; Johnson, M. Effectiveness of preventive dental programs offered to mothers by non-dental professionals to control early childhood dental caries: A review. *BMC Oral Health* **2019**, *19*,172. [CrossRef] [PubMed]
6. Anil, S.; Anand, P.S. Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. *Front. Pediatr.* **2017**, *5*,157. [CrossRef]
7. Broadbent, J.M.; Thomson, W.M.; Poulton, R. Trajectory patterns of dental caries experience in the permanent dentition to the fourth decade of life. *J. Dent Res* **2008**, *87*,69–72. [CrossRef]
8. Organisation mondiale de la Santé. Obésité et surpoids Disponible en ligne <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (consulté le 30 octobre 2020).
9. Lucas, K.; James, P.; Choh, A.C.; Lee, M.; Czerwinski, S.A.; Demerath, E.W.; Johnson, W. The positive association of infant weight gain with adulthood body mass index has strengthened over time in the Fels Longitudinal Study. *Pediatr. Obes.* **2018**, *13*,476–484. [CrossRef] [PubMed]
10. Druet, C.; Stettler, N.; Sharp, S.; Simmons, R.K.; Cooper, C.; Smith, G.D.; Ekelund, U.; Lévy-Marchal, C.; Jarvelin, M.R.; Kuh, D.; et coll. Prediction of childhood obesity by infancy weight gain: An individual-level meta-analysis. *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* **2012**, *26*,19–26. [CrossRef]
11. Daniels, S.R.; Arnett, D.K.; Eckel, R.H.; Gidding, S.S.; Hayman, L.L.; Kumanyika, S.; Robinson, T.N.; Scott, B.J.; St Jeor, S.; Williams, C.L. Overweight in Children and Adolescents. *Circulation* **2005**, *111*,1999–2012. [CrossRef]
12. Simmonds, M.; Llewellyn, A.; Owen, C.G.; Woolacott, N. Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obes. Rev.* **2016**, *17*,95–107. [CrossRef]
13. Manohar, N.; Hayen, A.; Fahey, P.; Arora, A. Obesity and dental caries in early childhood: A systematic review and meta-analyses. *Obes. Rev.* **2020**, *21*,e12960. [CrossRef]
14. Vadiakas, G. Case definition, aetiology and risk assessment of early childhood caries (ECC): A revisited review. *Eur. J. Paediatr. Dent.* **2008**, *9*,114–125. [CrossRef]
15. Brecher, E.A.; Lewis, C.W. Infant Oral Health. *Pediatr. Clin. N. Am.* **2018**, *65*,909–921. [CrossRef]
16. Appleton, J.; Russell, C.G.; Laws, R.; Fowler, C.; Campbell, K.; Denney-Wilson, E. Infant formula feeding practices associated with rapid weight gain: A systematic review. *Matern. Child Nutr.* **2018**, *14*,e12602. [CrossRef]
17. Ripa, L.W. Nursing caries: A comprehensive review. *Pediatr. Dent.* **1988**, *10*,268–282. [PubMed]
18. Gooze, R.A.; Anderson, S.E.; Whitaker, R.C. Prolonged bottle use and obesity at 5.5 years of age in US children. *J. Pediatr.* **2011**, *159*,431–436. [CrossRef]
19. Bonuck, K.; Kahn, R.; Schechter, C. Is late bottle-weaning associated with overweight in young children? Analysis of NHANES III data. *Clin. Pediatr.* **2004**, *43*,535–540. [CrossRef]
20. Angelopoulou, M.V.; Beinlich, M.; Crain, A. Early Childhood Caries and Weight Status: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatr. Dent.* **2019**, *41*,261–272. [CrossRef]
21. Organisation mondiale de la Santé. *WHO Expert Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries*; WHO/NMH/ PND/17.1; Organisation mondiale de la Santé: Genève, Suisse, 2017.
22. Abou El Fadl, R.; Blair, M.; Hassounah, S. Integrating Maternal and Children's Oral Health Promotion into Nursing and Midwifery Practice—A Systematic Review. *PLoS ONE* **2016**, *11*,e0166760. [CrossRef] [PubMed]
23. Taylor, E.; Marino, D.; Thacker, S.; DiMarco, M.; Huff, M.; Biordi, D. Expanding oral health preventative services for young children: A successful interprofessional model. *J. Allied Health* **2014**, *43*,e5–e9. [PubMed]
24. Pollock, A.; Berge, E. How to do a systematic review. *Int. J. Stroke* **2017**, *13*,138–156. [CrossRef]
25. Murdoch University. Systematic Reviews—Research Guide: Using PICO or PiCo. Disponible en ligne: <https://libguides.murdoch.edu.au/systematic> (consulté le 30 novembre 2020).
26. Cooper, C.; Booth, A.; Varley-Campbell, J.; Britten, N.; Garside, R. Defining the process to literature searching in systematic reviews: A literature review of guidance and supporting studies. *BMC Med. Res. Methodol.* **2018**, *18*,85. [CrossRef]

27. Hong, Q.N.; Pluye, P.; Fàbregues, S.; Bartlett, G.; Boardman, F.; Cargo, M.; Dagenais, P.; Gagnon, M.-P.; Griffiths, F.; Nicolau, B.; et coll. *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version 2018: User Guide*; McGill University: Montréal, QC, Canada, 2018.
28. Bonuck, K.; Avraham, S.B.; Lo, Y.; Kahn, R.; Hyden, C. Bottle-weaning intervention and toddler overweight. *J. Pediatr.* **2014**, *164*, 306–312. [CrossRef] [PubMed]
29. Kahn, R.; Bonuck, K.; Trombly, M. Randomized controlled trial of bottle weaning intervention: A pilot study. *Clin. Pediatr.* **2007**, *46*, 163–174. [CrossRef]
30. Weber-Gasparoni, K.; Reeve, J.; Ghosheh, N.; Warren, J.J.; Drake, D.R.; Kramer, K.W.; Dawson, D.V. An effective psychoeducational intervention for early childhood caries prevention: Part I. *Pediatr. Dent.* **2013**, *35*, 241–246. [PubMed]
31. Weber-Gasparoni, K.; Warren, J.J.; Reeve, J.; Drake, D.R.; Kramer, K.W.O.; Marshall, T.A.; Dawson, D.V. An effective psychoeducational intervention for early childhood caries prevention: Part II. *Pediatr. Dent.* **2013**, *35*, 247–251.
32. Kavanagh, K.F.; Cohen, R.J.; Heinig, M.J.; Dewey, K.G. Educational Intervention to Modify Bottle-feeding Behaviors among Formula-feeding Mothers in the WIC Program: Impact on Infant Formula Intake and Weight Gain. *J. Nutr. Educ. Behav.* **2008**, *40*, 244–250. [CrossRef]
33. Ventura, A.K.; Silva Garcia, K.; Meza, M.; Rodriguez, E.; Martinez, C.E.; Whaley, S.E. Promoting Responsive Bottle-Feeding Within WIC: Evaluation of a Policy, Systems, and Environmental Change Approach. *J. Acad. Nutr. Diet.* **2021**, sous presse. [CrossRef]
34. Lawrence, H.P.; Romanetz, M.; Rutherford, L.; Cappel, L.; Binguis, D.; Rogers, J.B. Effects of a community-based prenatal nutrition program on the oral health of Aboriginal preschool children in northern Ontario. *Probe* **2004**, *38*, 172–188.
35. Schroth, R.J.; Edwards, J.M.; Brothwell, D.J.; Yakiwchuk, C.A.; Bertone, M.F.; Mellon, B.; Ward, J.; Ellis, M.; Hai-Santiago, K.; Lawrence, H.P.; et coll. Evaluating the impact of a community-based collaborative project for the prevention of early childhood caries: The Healthy Smile Happy Child project. *Rural Remote Health* **2015**, *15*, 3566. [CrossRef] [PubMed]
36. Bruerd, B.; Jones, C. Preventing baby bottle tooth decay: Eight-year results. *Public Health Rep.* **1996**, *111*, 63–65.
37. Bruerd, B.; Kinney, M.B.; Bothwell, E. Preventing baby bottle tooth decay in American Indian and Alaska native communities: A model for planning. *Public Health Rep.* **1989**, *104*, 631–640. [PubMed]
38. Jamieson, L.; Smithers, L.; Hedges, J.; Mills, H.; Kapellas, K.; Ha, D.; Do, L.; Ju, X. Follow-up of an Intervention to Reduce Dental Caries in Indigenous Australian Children: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw. Open* **2019**, *2*, e1915611. [CrossRef] [PubMed]
39. Jamieson, L.; Smithers, L.; Hedges, J.; Parker, E.; Mills, H.; Kapellas, K.; Lawrence, H.P.; Broughton, J.R.; Ju, X. Dental Disease Outcomes Following a 2-Year Oral Health Promotion Program for Australian Aboriginal Children and Their Families: A 2 Arm Parallel, Single-blind, Randomised Controlled Trial. *EclinicalMedicine* **2018**, *1*, 43–50. [CrossRef]
40. Smithers, L.G.; Lynch, J.; Hedges, J.; Jamieson, L.M. Diet and anthropometry at 2 years of age following an oral health promotion programme for Australian Aboriginal children and their carers: A randomised controlled trial. *Br. J. Nutr.* **2017**, *118*, 1061–1069. [CrossRef]
41. Kowash, M.B.; Pinfield, A.; Smith, J.; Curzon, M.E. Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children. *Br. Dent. J.* **2000**, *188*, 201–205. [CrossRef]
42. Braun, P.A.; Widmer-Racich, K.; Sevcik, C.; Starzyk, E.J.; Mauritsen, K.; Hambidge, S.J. Effectiveness on Early Childhood Caries of an Oral Health Promotion Program for Medical Providers. *Am. J. Public Health* **2017**, *107*(Suppl. S1), S97–S103. [CrossRef] [PubMed]
43. Davies, G.M.; Duxbury, J.T.; Boothman, N.J.; Davies, R.M.; Blinkhorn, A.S. A staged intervention dental health promotion programme to reduce early childhood caries. *Community Dent. Health* **2005**, *22*, 118–122.
44. Hamilton, F.A.; Davis, K.E.; Blinkhorn, A.S. An oral health promotion programme for nursing caries. *Int. J. Paediatr. Dent.* **1999**, *9*, 195–200. [CrossRef]
45. Joury, E.; Alghadban, M.; Elias, K.; Bedi, R. Impact of providing free preventive dental products without health workers' counselling on infants' tooth-brushing and bottle-feeding termination practices: A randomised controlled trial. *Community Dent. Health* **2016**, *33*, 213–217. [CrossRef]
46. Harrison, R.L.; Wong, T. An oral health promotion program for an urban minority population of preschool children. *Community Dent. Oral Epidemiol.* **2003**, *31*, 392–399. [CrossRef]
47. Hoefft, K.S.; Barker, J.C.; Shiboski, S.; Pantoja-Guzman, E.; Hiatt, R.A. Effectiveness evaluation of Contra Caries Oral Health Education Program for improving Spanish-speaking parents' preventive oral health knowledge and behaviors for their young children. *Community Dent. Oral Epidemiol.* **2016**, *44*, 564–576. [CrossRef]
48. Karasz, A.; Margulis, K.; Badner, V.; Bonuck, K. Reducing Oral Health Risks in South Asian Immigrant Children: A Pilot Study. *N. Y. State Dent. J.* **2018**, *84*, 28–33.
49. Vichayanrat, T.; Steckler, A.; Tanasugarn, C.; Lexamboon, D. The evaluation of a multi-level oral health intervention to improve oral health practices among caregivers of preschool children. *Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health* **2012**, *43*, 526–539. [PubMed]
50. Lakshman, R.; Sharp, S.J.; Whittle, F.; Schiff, A.; Hardeman, W.; Irvine, L.; Wilson, E.; Griffin, S.J.; Ong, K.K. Randomised controlled trial of a theory-based behavioural intervention to reduce formula milk intake. *Arch. Dis. Child.* **2018**, *103*, 1054–1060. [CrossRef]
51. Borghese-Lang, T.; Morrison, L.; Ogle, A.; Wright, A. Successful bottle feeding of the young infant. *J. Pediatr. Health Care* **2003**, *17*, 94–101. [CrossRef]
52. Boonrusmee, S.; Cheamsanit, S. Telephone-based counselling helped parents to wean children off bottles at two years of age. *Acta Paediatr.* **2021**, *110*, 718–719. [CrossRef]
53. Franco, S.; Theriot, J.; Greenwell, A. The influence of early counselling on weaning from a bottle. *Community Dent. Health* **2008**, *25*, 115–118. [CrossRef]
54. Maguire, J.L.; Birken, C.S.; Jacobson, S.; Peer, M.; Taylor, C.; Khambalia, A.; Mekky, M.; Thorpe, K.E.; Parkin, P. Office-based intervention to reduce bottle use among toddlers: TARget kids! Pragmatic, randomized trial. *Pediatrics* **2010**, *126*, e343–e350. [CrossRef] [PubMed]
55. Cheng, J.K.; Faniyan, A.; Chan Yuen, J.; Myers, T.; Fleck, M.; Burgess, J.; Williams, K.; Wijeratne, R.; Webster, R.; Cox, J.; et coll. Changes in Oral Health Behaviors Associated With a Nursing Intervention in Primary Care. *Glob. Pediatr. Health* **2019**, *6*, 1–12. [CrossRef]
56. Koelen, M.A.; Hielkema-De Meij, J.E.; Van Der Sanden-Stoelinga, M.S.E. «Bottle it up—take a cup!» The fight against nursing caries in the Netherlands: The campaign and its results. *Int. J. Health Promot. Educ.* **2000**, *38*, 47–53. [CrossRef]
57. Sgan-Cohen, H.D.; Mansbach, I.K.; Haver, D.; Gofin, R. Community-oriented oral health promotion for infants in Jerusalem: Evaluation of a program trial. *J. Public Health Dent.* **2001**, *61*, 107–113. [CrossRef] [PubMed]
58. Strippel, H. Effectiveness of structured comprehensive paediatric oral health education for parents of children less than two years of age in Germany. *Community Dent. Health* **2010**, *27*, 74–80. [CrossRef]
59. National Health Service UK. Health Visitor. Disponible en ligne : <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/public-health/roles-public-health/health-visitor> (consulté le 22 octobre 2020).
60. Office régional de la santé de Winnipeg. Early Childhood Tooth Decay. Disponible en ligne <https://wrha.mb.ca/oral-health/early-childhood-tooth-decay/> (consulté le 22 octobre 2020).
61. Hyden, C.; Kahn, R.; Bonuck, K. Bottle-weaning intervention tools: The “how” and “why” of a WIC-based educational flipchart, parent brochure, and website. *Health Promot. Pract.* **2013**, *14*, 75–80. [CrossRef] [PubMed]
62. van der Sanden-Stoelinga, M.S.; Koelen, M.A.; Hielkema-de Meij, J.E. The making of a nation-wide campaign fighting the nursing caries. *Int. J. Dent. Hyg.* **2003**, *1*, 16–22. [CrossRef] [PubMed]
63. Lakshman, R.; Landsbaugh, J.R.; Schiff, A.; Cohn, S.; Griffin, S.; Ong, K.K. Developing a programme for healthy growth and nutrition during infancy: Understanding user perspectives. *Child: Care Health Dev.* **2012**, *38*, 675–682. [CrossRef]
64. Hoefft, K.S.; Rios, S.M.; Guzman, E.P.; Barker, J.C. Using community participation to assess acceptability of “Contra Caries”, a theory-based, promotora-led oral health education program for rural Latino parents: A mixed methods study. *BMC Oral Health* **2015**, *15*, 1–11. [CrossRef]
65. Matvienko-Sikar, K.; Griffin, C.; Kelly, C.; Heary, C.; Lillholm Pico Pedersen, M.; McGrath, N.; Toomey, E.; Harrington, J.; Hennessy, M.; Queally, M.; et coll. A core outcome set for trials of infant-feeding interventions to prevent childhood obesity. *Int. J. Obes.* **2020**, *44*, 2035–2043. [CrossRef]
66. Lamont, T.; Schwendicke, F.; Innes, N. Why we need a core outcome set for trials of interventions for prevention and management of caries. *Evid. Based Dent.* **2015**, *16*, 66–68. [CrossRef]
67. Kelly, M.P.; Barker, M. Why is changing health-related behaviour so difficult? *Public Health* **2016**, *136*, 109–116. [CrossRef]
68. Teixeira, P.J.; Marques, M.M. Health Behavior Change for Obesity Management. *Obes. Facts* **2017**, *10*, 666–673. [CrossRef]
69. Freeman, R.; Stevens, A. Nursing caries and buying time: An emerging theory of prolonged bottle feeding. *Community Dent. Oral Epidemiol.* **2008**, *36*, 425–433. [CrossRef] [PubMed]
70. Kuswara, K.; Laws, R.; Kremer, P.; Hesketh, K.D.; Campbell, K.J. The infant feeding practices of Chinese immigrant mothers in Australia: A qualitative exploration. *Appetite* **2016**, *105*, 375–384. [CrossRef] [PubMed]
71. Karasz, A.; Patel, V.; Ranasinghe, S.; Chaudhuri, K.; McKee, D. Preventing caries in young children of immigrant Bangladeshi families in New York: Perspectives of mothers and paediatricians. *Community Dent. Health* **2014**, *31*, 80–84. [CrossRef] [PubMed]
72. Rehayem, A.; Taki, S.; Brown, N.; Denney-Wilson, E. Infant feeding beliefs and practices of Arabic mothers in Australia. *Women Birth* **2019**, *33*, e391–e399. [CrossRef] [PubMed]
73. Hunter-Adams, J.; Myer, L.; Rother, H.-A. Perceptions related to breastfeeding and the early introduction of complementary foods amongst migrants in Cape Town, South Africa. *Int. Breastfeed. J.* **2016**, *11*, 29. [CrossRef]
74. Wandel, M.; Terragni, L.; Nguyen, C.; Lyngstad, J.; Amundsen, M.; de Paoli, M. Breastfeeding among Somali mothers living in Norway: Attitudes, practices and challenges. *Women Birth* **2016**, *29*, 487–493. [CrossRef]
75. Beck, A.; Takayama, J.; Halpern-Felsher, B.; Badner, N.; Barker, J. Understanding How Latino Parents Choose Beverages to Serve to Infants and Toddlers. *Matern. Child Health J.* **2014**, *18*, 1308–1315. [CrossRef]
76. Arora, A.; Lucas, D.; To, M.; Chimoriya, R.; Bhole, S.; Tadakamadla, S.K.; Crall, J.J. How Do Mothers Living in Socially Deprived Communities Perceive Oral



- Health of Young Children? A Qualitative Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 3521. [CrossRef]
77. Chestnutt, I.G.; Murdoch, C.; Robson, K.F. Parents and carers' choice of drinks for infants and toddlers, in areas of social and economic disadvantage. *Community Dent. Health* **2003**, *20*, 139-145.
78. Borrelli, B.; Tooley, E.M.; Scott-Sheldon, L.A.J. Motivational Interviewing for Parent-child Health Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatr. Dent.* **2015**, *37*, 254-265. [PubMed]
79. Harris, R.; Gamboa, A.; Dailey, Y.; Ashcroft, A. One-to-one dietary interventions undertaken in a dental setting to change dietary behaviour. *Cochrane Database Syst. Rev.* **2012**, *2012*, Cd006540. [CrossRef]
80. Henshaw, M.M.; Borrelli, B.; Gregorich, S.E.; Heaton, B.; Tooley, E.M.; Santo, W.; Cheng, N.F.; Rasmussen, M.; Helman, S.; Shain, S.; et coll. Randomized Trial of Motivational Interviewing to Prevent Early Childhood Caries in Public Housing. *JDR Clin. Trans. Res.* **2018**, *3*, 353-365. [CrossRef]
81. John Buhler Research Centre. *Healthy Smile Happy Child: The Manitoba Partnership for the Prevention of Early Childhood Tooth Decay*; John Buhler Research Centre: Winnipeg, MB, Canada, 2017.
82. Cidro, J.; Zahayko, L.; Lawrence, H.P.; Folster, S.; McGregor, M.; McKay, K. Breast feeding practices as cultural interventions for early childhood caries in Cree communities. *BMC Oral Health* **2015**, *15*, 49. [CrossRef] [PubMed]
83. NSW Ministry of Health. *Early Childhood Oral Health Guidelines for Child Health Professionals*; NSW Health: Sydney, Australia, 2014.
84. Maher, L.; Phelan, C.; Lawrence, G.; Torvaldsen, S.; Dawson, A.; Wright, C. The Early Childhood Oral Health Program: Promoting prevention and timely intervention of early childhood caries in NSW through shared care. *Health Promot. J. Austr.* **2012**, *23*, 171-176. [CrossRef]
85. Ajwani, S.; Sousa, M.S.; Villarosa, A.C.; Bhole, S.; Johnson, M.; Dahlen, H.G.; Hoolsema, J.; Blinkhorn, A.; Srinivas, R.; Yaacoub, A.; et coll. Process evaluation of the midwifery initiated oral health-dental service program: Perceptions of dental professionals. *Health Promot. J. Austr.* **2019**, *30*, 333-343. [CrossRef] [PubMed]
86. Dahlen, H.G.; Johnson, M.; Hoolsema, J.; Norrie, T.P.; Ajwani, S.; Blinkhorn, A.; Bhole, S.; Ellis, S.; Srinivas, R.; Yaacoub, A.; et coll. Process evaluation of the midwifery initiated oral health-dental service program: Perceptions of midwives in Greater Western Sydney, Australia. *Women Birth* **2019**, *32*, e159-e165. [CrossRef]
87. George, A.; Villarosa, A.; Patterson Norrie, T.; Hoolsema, J.; Dahlen, H.; Ajwani, S.; Bhole, S.; Blinkhorn, A.; Srinivas, R.; Yaacoub, A.; et coll. Process evaluation of the midwifery initiated oral health-dental service program: Perceptions of pregnant women. *Aust. Dent. J.* **2019**, *64*, 55-65. [CrossRef]
88. Centre for Oral Health Outcomes and Research Translation. *COHORT Research Report, 2015-2020*; Western Sydney University, South Western Sydney Local Health District, Nepean Blue Mountains Local Health District, Ingham Institute for Applied Medical Research: Liverpool, Australia, 2020.
89. Dental Health Services Victoria. Healthy Families, Healthy Smiles. Disponible en ligne: <https://www.dhsv.org.au/oral-health-programs/hfhs> (consulté le 8 février 2021).
90. Fitzgerald, L.; Peace, J. Healthy Tums, Healthy Gums: An oral health and nutrition collaboration. In: Actes de la 12^e conférence nationale sur la santé rurale, Adelaide, Australie, du 7 au 10 avril 2013.
91. Karasz, A.; Bonuck, K. Reducing pediatric caries and obesity risk in South Asian immigrants: Randomized controlled trial of common health/risk factor approach. *BMC Public Health* **2018**, *18*, 680. [CrossRef]
92. Chomitz, V.R.; Park, H.J.; Koch-Weser, S.; Chui, K.K.H.; Sun, L.; Malone, M.E.; Palmer, C.; Loo, C.Y.; Must, A. Modifying dietary risk behaviors to prevent obesity and dental caries in very young children: Results of the Baby Steps to Health pediatric dental pilot. *J. Public Health Dent.* **2019**, *79*, 207-214. [CrossRef]
93. Cheng, H.; Eames-Brown, R.; Tutt, A.; Laws, R.; Blight, V.; McKenzie, A.; Rossiter, C.; Campbell, K.; Sim, K.; Fowler, C.; et coll. Promoting healthy weight for all young children: A mixed methods study of child and family health nurses' perceptions of barriers and how to overcome them. *BMC Nurs.* **2020**, *19*, 84. [CrossRef] [PubMed]

Rédacteur universitaire:

Paul B. Tchounwou

Reçu: 3 septembre 2021

Accepté: 18 novembre 2021

Publié: 23 novembre 2021

Note de l'éditeur: MDPI demeure neutre par rapport aux revendications en matière de compétences dans les cartes publiées et en ce qui concerne l'appartenance à des établissements.

Copyright: © 2021 par les auteurs. Détenteur de la licence MDPI: Bâle; Suisse. Cet article est un article en accès libre distribué selon les modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



Rechargez vos batteries
27 au 31 Mai 2022

NOUS RECRUTONS!

Horaire
flexible
et stable

Salaire compétitif
et programme
d'avantages
sociaux complet

Parcours
d'intégration
adapté aux
finissants

Faire partie de notre équipe c'est:

- Une pratique modulée dans divers champs de spécialisation.
- Un département de formation continue.
- Un milieu multidisciplinaire où règne le plaisir de travailler en équipe.

30 cliniques aux 4 coins du Québec

Joignez-vous à notre équipe de créateurs de sourires!
cv@centreslapointe.com

Sandra Cruz-Parra
Hygiéniste dentaire

Lapointe
centres dentaires

COMMENT SE PORTENT LES TOUT-PETITS AU QUÉBEC?

Portrait 2021



Reproduction autorisée de « Observatoire des tout-petits.
Comment se portent les tout-petits au Québec ? Portrait 2021.
Montréal, Québec, Fondation Lucie et André Chagnon, 2021. »
<https://tout-petits.org/publications/portraits-annuels/portrait-2021/>

OBSERVATOIRE
des tout-petits

 Fondation Lucie
et André Chagnon

Soins dentaires



La carie peut nuire à la croissance

La petite enfance est une période essentielle à l'acquisition de bonnes habitudes de vie, aussi bien sur le plan de l'alimentation que de l'hygiène buccodentaire¹³⁷. La carie dentaire, en perturbant l'alimentation et le sommeil des jeunes enfants, peut ainsi nuire à leur croissance et à leur gain de poids¹³⁸. La carie dentaire a des répercussions sur la santé physique puisqu'elle peut causer de la douleur et la perte prématurée de certaines dents¹³⁹.

Un effet sur le langage et la confiance en soi

La carie dentaire peut également avoir des effets sur d'autres sphères du développement. Entre autres, elle peut nuire au positionnement des dents et à la prononciation. De plus, les répercussions de la carie dentaire sur l'apparence peuvent susciter des problèmes de confiance en soi au cours de la vie¹⁴⁰.



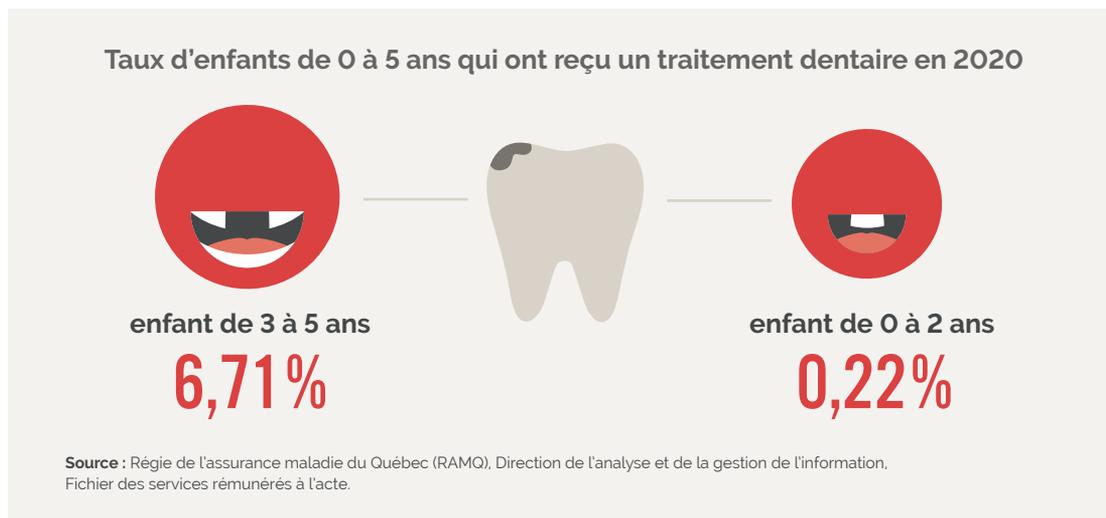
Au Québec, en 2020, 126 099 enfants âgés de 0 à 5 ans ont consulté un dentiste pour un examen dans le cadre du programme de soins dentaires de la RAMQ, ce qui correspond à moins du **1/4 des enfants de 0 à 5 ans (24,2%).**

Ce taux est plus bas que ceux de 2016 et de 2006 (respectivement 30,6% et 28,3% des enfants de 0 à 5 ans).

En 2020, parmi les enfants de 0 à 5 ans ayant consulté un dentiste pour un examen, les plus âgés (3 à 5 ans) étaient plus nombreux comparativement aux plus jeunes (0 à 2 ans) (respectivement 89% et 11%).

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Direction de l'analyse et de la gestion de l'information, Fichier des services rémunérés à l'acte 2020.

En 2020, les enfants plus âgés (3 à 5 ans) étaient aussi plus nombreux en proportion à avoir reçu un traitement dentaire (par exemple pour réparer ou extraire une dent) que les enfants de 2 ans ou moins.



Selon l'Association dentaire canadienne, la première visite chez le dentiste devrait avoir lieu dans les 6 mois suivant l'éruption de la première dent ou à l'âge d'un an.



La pandémie de COVID-19 est associée à une augmentation de la consommation d'aliments à faible valeur nutritive chez les enfants (ex. : les collations sucrées et la malbouffe), ainsi qu'à une augmentation de l'insécurité alimentaire chez les personnes défavorisées matériellement, les ménages avec enfants et les jeunes adultes¹⁴¹.

En contraste, certains changements favorables sur le plan alimentaire ont été observés dans les milieux mieux nantis, notamment une augmentation du temps moyen passé à cuisiner à la maison¹⁴².

Enfants avec des besoins particuliers

ENFANTS DE LA MATERNELLE AVEC UN HANDICAP OU EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION

Les données de l'EQDEM excluent les enfants handicapés ou en difficulté d'adaptation.



Pour l'année scolaire 2016-2017, **4 888** élèves de maternelle 5 ans étaient handicapés ou en difficulté d'adaptation (EHDA), selon les critères du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Cela représente **5,8 %** des enfants à la maternelle 5 ans dans le réseau public.

Cette proportion est demeurée stable des années 2011-2012 à 2016-2017.

Environ la moitié de ces élèves (2 610 en 2016-2017) présente un handicap, alors que l'autre moitié fait l'objet d'un plan d'intervention (sans avoir de diagnostic reconnu par le milieu scolaire pour un handicap ou un trouble grave du comportement).

Les données du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur font en fait référence aux enfants handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA). Cependant, les difficultés d'apprentissage ne s'appliquent pas aux enfants de la maternelle 5 ans, alors l'acronyme EHDA est employé dans ce cas-ci. De plus, les données concernent les élèves à la maternelle 5 ans qui fréquentent le réseau d'enseignement public. Elles n'incluent pas les données du réseau gouvernemental ou privé.

Services d'une professionnelle non enseignante à la maternelle*



L'accès aux services d'une professionnelle non enseignante (par exemple, psychoéducatrices, psychologues, travailleuses sociales, infirmières, hygiénistes dentaires, orthopédagogues, orthophonistes, ergothérapeutes, etc.) est bénéfique pour les enfants vulnérables sur le plan de leur développement. Ces professionnelles peuvent soutenir l'enseignante ou l'éducatrice en petite enfance en ciblant les besoins particuliers de l'enfant et en participant à l'élaboration d'un plan d'intervention. Elles jouent ainsi un rôle important dans la prévention, l'intervention précoce et le dépistage¹⁹¹.

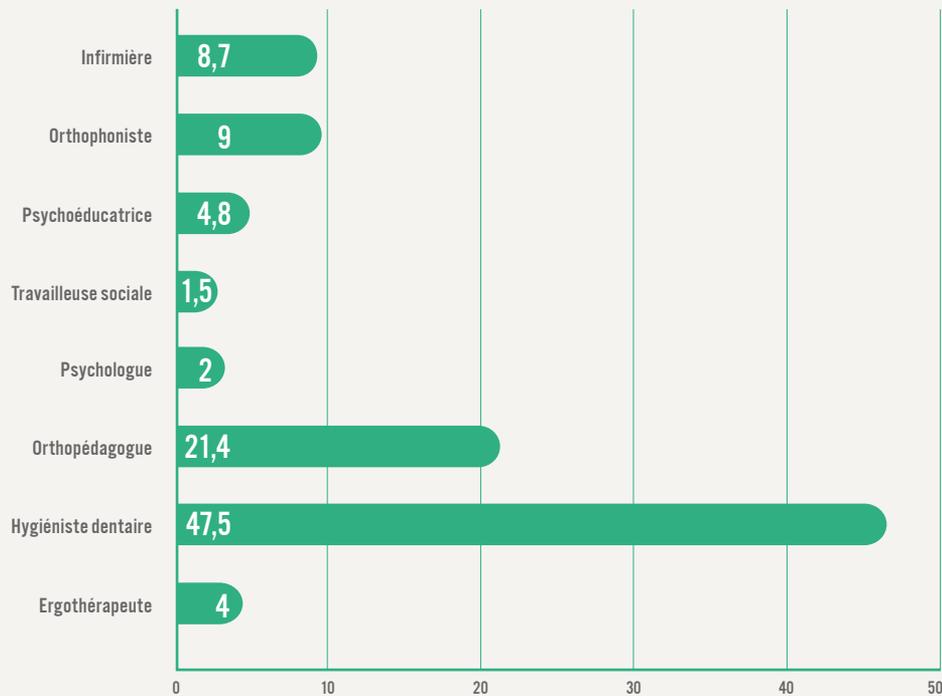


En 2017, environ **47,5 %** des enfants à la maternelle avaient reçu à l'école des services d'hygiénistes dentaires.

Par ailleurs, la proportion d'enfants ayant reçu des services d'orthopédagogues était de **21,4 %**.



Proportion d'enfants de maternelle ayant reçu des services de professionnelles non enseignantes selon le type de professionnelle en 2017



* Les professionnelles œuvrant dans les écoles étant majoritairement des femmes, le féminin a été privilégié pour faciliter la lecture. Noter que pour ce tableau, les données de 2017 ne sont pas comparables à celles de 2012. Pour plus d'information, consulter le rapport de l'Enquête de 2017.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle, 2017*.



MÉTHODES DE PRÉVENTION DE LA CARIE DE LA PETITE ENFANCE:

Synthèse de revues systématiques

- RENATA CRISTINA SOARES, SAULO VINICIUS DA ROSA, SIMONE TETU MOYSÉS, JULIANA SCHAIA ROCHA, JULIANA SCHAIA ROCHA, PATRICIA VIDA CASSI BETTEGA, RENATA IANI WERNECK, SAMUEL JORGE MOYSÉS

Reproduction autorisée de: Soares RC, da Rosa SV, Moysés ST, et al. Methods for prevention of early childhood caries: Overview of systematic reviews. *Int J Paediatr Dent.* 2021;31:394--421. <https://doi.org/10.1111/ipd.12766>

Faculté des sciences de la vie, Université pontificale catholique du Paraná, Curitiba (Brésil)

Correspondance

Renata Cristina Soares, Master in Dentistry, School of Life Sciences, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PPGO/PUCPR), 115 Imaculada Conceição, 80215-901, Prado Velho, Curitiba (Paraná) Brazil.

Courriel : renatac.soares@hotmail.com

Information sur le financement

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brésil.

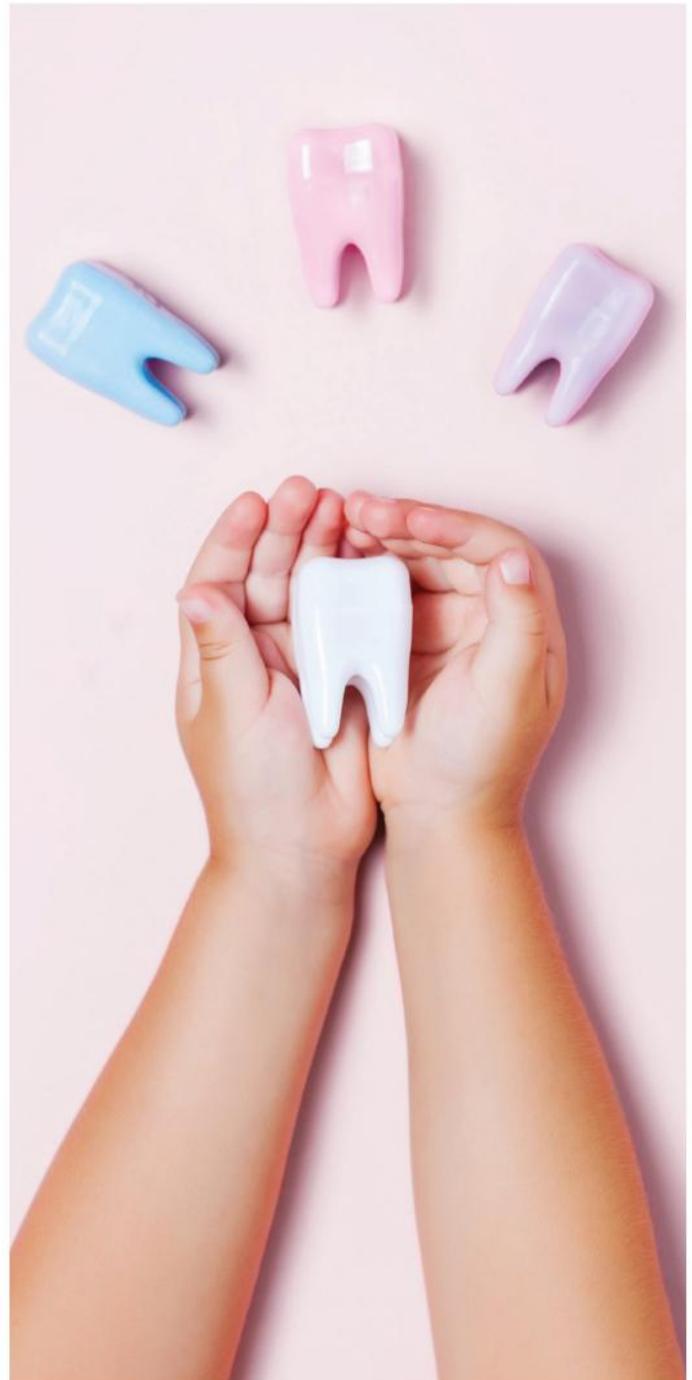
No de subvention: 001

RÉSUMÉ

La carie de la petite enfance (CPE) est un problème mondial qui touche de manière disproportionnée les populations défavorisées. Le but de cette étude était d'évaluer de façon systématique les données scientifiques sur l'efficacité des méthodes de prévention de la CPE. Six bases de données électroniques ont été interrogées. Deux examinateurs indépendants ont choisi les articles retenus et ont analysé la qualité des revues systématiques dont ils traitaient. Treize études ont été retenues. En tout, la qualité méthodologique de 8 revues a été jugée extrêmement faible, selon l'échelle d'évaluation AMSTAR 2, tandis que le risque de biais dans 5 revues a été jugé élevé, selon l'outil ROBIS. Les méthodes retenues qui sont associées à la prévention de la CPE sont les suivantes: programmes de prévention destinés aux femmes enceintes, conseils en matière d'alimentation de la mère et de l'enfant, soins de santé buccodentaire prénatals, intégration de la promotion de la santé buccodentaire chez la mère et l'enfant aux pratiques de soins infirmiers, programmes de santé buccodentaire offerts aux mamans par des non-professionnels dentaires, éducation en santé buccodentaire associée à l'utilisation du fluorure chez les enfants, examens dentaires préventifs précoces et utilisation de vernis fluoré et de dentifrice contenant plus de 1000 ppm de fluorure. Bien qu'elles suggèrent que certaines méthodes ont un potentiel supérieur, les données sur l'efficacité des méthodes de prévention de la CPE dont on dispose actuellement sont lacunaires en raison de la piètre qualité méthodologique des revues systématiques et des études primaires couvertes.

MOTS CLÉS

enfant, caries dentaires, santé buccodentaire, méthodes préventives



1 - INTRODUCTION

La carie dentaire, l'une des maladies les plus répandues chez l'enfant¹, représente un problème de santé publique important². L'insuffisance des mesures de promotion de la santé, d'éducation en santé et en prévention, et l'absence de traitements appropriés en cas de caries sur les dents de lait sont encore très courantes dans plusieurs pays³. La CPE est définie par la présence d'une ou de plusieurs faces dentaires cariées, absentes et obturées dans la denture primaire d'un enfant âgé de moins de 6 ans⁴.

Les données sur le fardeau mondial des maladies indiquent que les maladies buccodentaires sont très répandues chez les enfants du monde entier^{5,6}. La CPE, l'une des formes les plus graves de carie dentaire, se manifeste selon une tendance polarisée: dans un groupe à risque élevé où le fardeau de la maladie est élevé^{7,8}. Malgré l'amélioration des méthodes de soins dentaires et les efforts déployés pour lutter contre cette maladie, le pourcentage de cas de CPE non traités demeure élevé⁹. De plus, les séquelles ont des répercussions économiques et sociales importantes^{10,11}.

La CPE peut causer de la douleur et des infections en plus de réduire la qualité de vie des enfants et de leur famille^{12,13}. Elle peut entraîner l'augmentation du nombre de consultations d'urgence, d'hospitalisations et de journées d'absentéisme scolaire. La CPE peut également influencer sur les habitudes alimentaires, ce qui peut avoir des conséquences sur la nutrition, la croissance et le développement¹³. De plus, la CPE est considérée comme un facteur prédictif important de la carie dentaire dans la denture permanente^{14,15}.

La formation de la carie dentaire étant un processus multifactoriel, les facteurs de risque doivent être détectés le plus tôt possible afin de pouvoir mettre rapidement en œuvre les mesures de prévention adéquates¹⁶. Compte tenu de l'ampleur du problème et de ses conséquences sur la qualité de vie des enfants, la prévention de la CPE doit être une priorité en dentisterie⁹. Étant donné que la CPE a une étiologie complexe et qu'elle touche plusieurs interfaces, sa prévention doit être fondée sur une compréhension globale des chaînes causales et des méthodes interdépendantes qui ne se limitent pas à sa manifestation clinique¹⁷.

Pour lutter contre la CPE, il faut adopter plusieurs approches efficaces adaptées à l'individu, à sa famille et à sa communauté¹⁸. Des données scientifiques valides et rigoureuses sont essentielles à l'élaboration de lignes directrices applicables à la pratique quotidienne des professionnels dentaires¹⁹. Comme pour toute maladie, il est pertinent de puiser dans les données scientifiques sur l'efficacité des interventions pour appuyer les recommandations visant la prévention¹⁸.

Bien que plusieurs revues systématiques aient été réalisées sur les méthodes de prévention^{9,20-23}, la CPE demeure un problème de santé publique.

De plus, de nombreux aspects de la prévention de la carie dentaire se sont révélés partiellement efficaces²⁴. Les revues systématiques, comme les autres études primaires, peuvent comporter plusieurs biais. Il est donc important de pouvoir distinguer et consulter les revues de qualité élevée²⁵, d'où le bien-fondé du résumé des résultats de ces revues systématiques et des précisions sur la rigueur de leur méthodologie. Parallèlement, avoir accès à une meilleure évaluation des stratégies préventives publiées pourrait être bénéfique pour la santé des enfants d'âge préscolaire¹⁷ et aider l'équipe de chirurgie dentaire et de soins de santé de l'enfant à cerner les meilleures méthodes de prestation de soins préventifs pour lutter contre la CPE²⁶.

Il n'existe pas de synthèse publiée de revues systématiques résumant les diverses méthodes utilisées pour prévenir la CPE et leur efficacité. Cet article a donc pour but d'explorer, de décrire et de résumer les données des revues systématiques de la documentation publiée qui visaient à évaluer (par méta-analyse ou non) les méthodes utilisées pour prévenir la CPE. L'article a également pour but d'analyser la qualité méthodologique des revues systématiques publiées et la fiabilité des données sur le sujet.

IMPORTANCE DE CET ARTICLE POUR LES DENTISTES PÉDIATRIQUES

- Les résultats de notre synthèse révèlent que les méthodes les plus prometteuses de prévention de la CPE sont fondées sur une perspective globale des soins dentaires.
- Ces résultats soulignent l'importance de mener d'autres études sur les méthodes de prévention de la CPE dont la méthodologie serait rigoureuse.
- Le présent article précise les lacunes des données actuellement disponibles sur les méthodes de prévention de la CPE, ce qui permettra ultimement d'améliorer la qualité globale des revues systématiques.

2 - DOCUMENTATION ET MÉTHODOLOGIE

2.1 Protocole et inscription

Cette synthèse de revues systématiques a été effectuée en conformité avec les lignes directrices décrites dans le document *Preferred Reporting Items for Overviews of Reviews (PRIOR)*²⁷. Avant d'entreprendre la revue, nous l'avons inscrite dans la base de données PROSPERO (numéro de protocole: PROSPERO CRD42018099206).

2.2 Stratégie de recherche et sources d'information

Un vocabulaire normalisé et des termes libres ont été utilisés pour la stratégie de recherche et la recherche de données bibliographiques, sans critères de langue ou d'année de publication. Les termes de recherche ont été déterminés en répondant à la question suivante: « Quelles sont les données scientifiques des revues systématiques (menées avec ou sans méta-analyse) sur les méthodes de prévention de la CPE? » La question a été formulée selon la stratégie PICO-R: Patient - parents/pourvoyeurs de soins ou enfants; Intervention - méthodes de prévention de la CPE; Groupe témoin - non appliqué; Résultat - efficacité relativement à la variation (ou à l'absence de variation) de la prévalence de la CPE; Recherche - revues systématiques avec ou sans méta analyse (Annexe 1).

Les bases de données en ligne consultées jusqu'en juillet 2020 sont les suivantes: PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane Database of Systematic Reviews, LILACS (Biblioteca Virtual em Saúde) et SciELO. La recherche de documentation parallèle a été faite dans la base OpenGrey et celles de l'International Association for Dental Research (IADR), de la Brazilian Digital Library of Theses et du Brazilian Institute of Information in Science and Technology. En outre, les références des articles retenus ont été épiluchées pour trouver d'autres articles pertinents. Nous avons utilisé le logiciel Mendeley Reference Manager[®] pour identifier les doublons et gérer la liste d'auteurs, de titres et de résumés d'études.

2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour pouvoir être couvertes par notre synthèse, les études devaient répondre aux critères suivants: (i) être une revue systématique avec ou sans méta-analyse, publiée n'importe en quelle année et dans n'importe quelle langue; (ii) viser l'évaluation d'études cliniques et/ou d'études d'observation, (iii) dont des articles traitant de méthodes de prévention; (iv) viser l'évaluation du paramètre d'intérêt principal, à savoir la prévention de la CPE. Les études exclues comprenaient les suivantes: (i) les études dont le paramètre d'évaluation principal était la prévention de la carie dentaire chez les personnes âgées de plus de 6 ans; (ii) les études dont le texte intégral était introuvable; (iii) les études menées auprès d'échantillons de participants ayant des problèmes de santé particuliers (enfants hospitalisés ou handicapés); (iv) les revues qui se recoupaient (en cas de mise à jour, seule la version la plus récente a été incluse); (v) les protocoles de revues systématiques.

2.4 Sélection des études et processus d'extraction des données

Après l'exclusion des doublons à l'aide du logiciel Mendeley Reference Manager®, les études ont été filtrées selon leur titre et leur résumé. Deux chercheurs (RCS et SVR) ont ensuite procédé de façon indépendante à la sélection des études. En cas de divergence d'opinions, les chercheurs se sont penchés de nouveau sur les critères d'admissibilité jusqu'à l'atteinte d'un consensus. Un troisième chercheur (SJM) a été consulté pour résoudre les autres divergences d'opinions en portant une attention particulière aux idées préconçues des chercheurs. En cas de résumé ne contenant pas suffisamment d'information sur les critères d'admissibilité, le texte intégral a été évalué. En cas de résumé conforme aux critères d'admissibilité, le texte intégral était extrait et soumis à une évaluation de la conformité par les deux chercheurs. Les titres et les résumés qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion ont été exclus de la synthèse (Annexe 2). La fiabilité interévaluateur a été calculée à l'aide de la méthode statistique du kappa. Une valeur de 0,9 était considérée comme optimale.

Une chercheuse (RCS) a extrait les données des articles couverts et un autre chercheur (SVR) a vérifié la concordance relativement à un échantillon d'études. La fiabilité interévaluateur a été calculée, et une valeur kappa de 0,8 a été atteinte. Pour résoudre les occasionnelles divergences d'opinions, un troisième chercheur (SJM) a été consulté. L'information suivante a été recueillie: auteur et année de publication, titre, objectifs, types d'études primaires couvertes par la revue, profil de la population, âge des participants (parents/pourvoyeurs de soins et enfants), évaluation de la qualité des études primaires couvertes, méthodes de prévention de la CPE, outil employé pour mesurer et évaluer la qualité des études primaires couvertes, principaux résultats de la méta-analyse (le cas échéant) et principales conclusions.

2.5 Évaluation de la qualité et du risque de biais

Deux chercheurs (RCS et SVR) ont évalué de façon indépendante la qualité méthodologique des études en utilisant l'outil AMSTAR 225. Cet outil permet l'évaluation de 16 éléments, dont 7 ont été jugés prioritaires. La classification de la qualité méthodologique peut varier de « élevée » à « extrêmement faible », selon les éléments évalués. La méthode du kappa a également été utilisée pour mesurer la concordance interévaluateur et pour analyser la qualité de la classification des évaluateurs. Une valeur kappa de 0,8 a été atteinte, ce qui est considéré comme substantiel.

À l'aide de l'outil ROBIS, 2 chercheurs ont évalué de façon indépendante le risque de biais dans les études retenues²⁸. Cet outil permet d'évaluer le degré de biais selon 4 éléments: les critères d'admissibilité aux études; l'identification et la sélection des études; les données recueillies et l'évaluation du sujet des études; la synthèse et les résultats. La concordance interévaluateur était substantielle (kappa = 0,8).

2.6 Synthèse des résultats

Il n'a pas été possible de combiner les résultats sous forme de synthèse méta-analytique quantitative, les revues étant très hétérogènes en raison des différences entre les caractéristiques des échantillons étudiés et entre les méthodes évaluées dans les études primaires couvertes. Par conséquent, les données ont été groupées et la synthèse descriptive (qualitative) des résultats a été effectuée.

3 - RÉSULTATS

3.1 Sélection des études

La stratégie de recherche initiale a permis de trouver 1453 articles. Aucune étude pertinente n'a été trouvée dans la documentation parallèle. Après l'exclusion des doublons, 1162 enregistrements ont été filtrés selon leur titre/résumé. Le texte intégral de 75 de ces enregistrements a été extrait pour l'analyse. La plupart des textes intégraux ont été exclus pour les raisons suivantes: la nature des facteurs de risque de CPE évalués, l'absence de lien entre les éléments évalués et la prévention de la CPE, la non-conformité de la population évaluée aux critères d'inclusion, la nature non systématique de la revue, le résumé ou le fait qu'il s'agissait d'un doublon. Par suite de ce processus, 10 études conformes à nos critères d'inclusion ont été retenues pour la présente synthèse. Un organigramme illustre le processus de sélection des articles (figure 1).

3.2 Caractéristiques des études

Les caractéristiques des études incluses sont décrites dans le Tableau I. Elles ont été publiées entre 2007 et 2019, et visaient l'évaluation des programmes de prévention de la CPE²⁰, le vernis fluoré^{9,21}, l'éducation en santé buccodentaire, l'aiguillage vers un dentiste par un médecin de soins primaires, la supplémentation en fluorure, le vernis fluoré, le dentifrice au xylitol et au fluorure²², l'intégration de la promotion de la santé buccodentaire chez la mère et l'enfant aux pratiques de soins infirmiers et à la pratique des sages-femmes²³, l'efficacité des examens dentaires préventifs²⁹, l'application de fluorure, d'agents antimicrobiens et de résine pour scellement de fissures et le recours aux restaurations temporaires³⁰, la supplémentation en fluorure chez les femmes enceintes³¹, l'efficacité du dentifrice au fluorure³², les programmes d'éducation en santé buccodentaire destinés aux femmes enceintes³³, les programmes de prévention offerts par des non-professionnels dentaires³⁴, les soins de santé buccodentaire prénatals³⁵, les interventions auprès des femmes enceintes, des nouvelles mamans et autres pourvoyeurs principaux de soins³⁶.

En ce qui a trait aux sources de financement, les auteurs de 6 revues n'ont pas précisé si leur étude était ou non financée^{20,21,29-31}. Les auteurs de 3 revues^{9,23,34} ont indiqué ne pas avoir de source de financement. La revue de Takahashi et de ses collaborateurs (2017)³¹ comprenait une déclaration des sources de financement suivantes: le Centre national pour la santé et le développement de l'enfant du Japon, le National Institute for Health Research (NIHR), au Royaume-Uni, la Cochrane Oral Health Global

Alliance, le ministère de la Santé, du Travail et du Bien-être du Japon, la faculté de dentisterie de l'Université de Manchester, au Royaume-Uni, et le programme de recherche clinique du Centre national pour la santé et le développement de l'enfant de la Japan Agency for Medical Research and Development (AMED), au Japon. La revue de Chou et de ses collaborateurs (2013)²² comportait une déclaration sur le soutien à la préparation de l'article par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) pour l'US Preventive Services Task Force. La revue de Riggs et de ses collaborateurs (2019)³⁶ a été soutenue par la faculté de dentisterie de l'Université de Manchester, au Royaume-Uni, le National Institute for Health Research et la Cochrane Oral Health Global Alliance. La revue de Xiao et de ses collaborateurs (2019)³⁵ a été soutenue en partie par le fonds de démarrage de la faculté de Jin Xiao de l'Eastman Institute for Oral Health, l'Université de Rochester et le National Institute for Dental and Craniofacial Research/National Centre for Advancing Translational Sciences. Matrice des citations²⁷ (Annexe 3).

3.3 Évaluation de la qualité et du risque de biais

La qualité méthodologique des revues a été déterminée à l'aide de l'outil AMSTAR 2⁵ et est présentée dans le Tableau 2. À cet égard, la qualité de 3 revues^{21,22,33} a été jugée faible, celle de 8 revues^{9,20,23,29,30,32,34,35} a été jugée extrêmement faible et celle de 2 révisions a été jugée élevée^{31,36}. Les lacunes les plus courantes

des éléments critiques visés par l'outil d'évaluation étaient liées à l'absence de déclaration du protocole avant la réalisation de la revue (élément 2), l'absence de justification de l'exclusion des études rejetées (élément 7) et l'absence de précision des sources de financement (élément 10). Les scores ROBIS résumés sont présentés dans le Tableau 3. En ce qui a trait à l'évaluation globale, le risque de biais dans 5 revues^{9,20,21,29,32} a été jugé élevé, et le risque de biais dans 8 revues a été jugé faible^{22,23,30,31,33-36}. L'élément 1 (critères d'admissibilité à l'étude) et l'élément 2 (identification et sélection des études) étaient associés au nombre de lacunes le plus élevé. En revanche, l'élément 4 (synthèse et résultats) était associé au nombre de lacunes le plus faible.

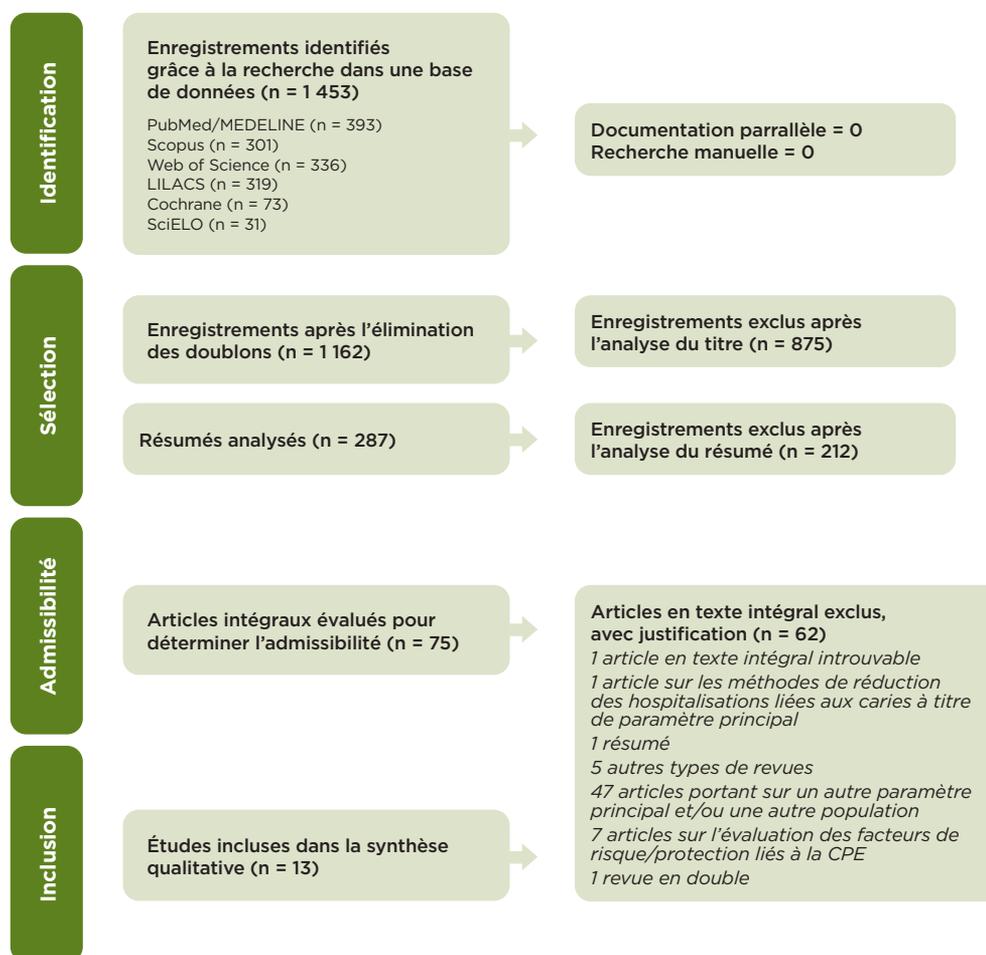
Le Tableau 4 résume les méthodes et/ou les outils utilisés par les auteurs des revues systématiques incluses pour l'évaluation de la qualité des études primaires et de leurs principaux résultats. Dans les paragraphes suivants, les résultats de la synthèse sont présentés par sujet, ou méthode de prévention principale de la CPE.

3.4 Programmes de prévention de la CPE

Deux revues systématiques incluses visaient à évaluer les programmes de prévention de la CPE.

Ammari et ses collaborateurs (2007)²⁰ (AMSTAR 2 = qualité extrêmement faible) ROBIS = risque de biais élevé) ont étudié

FIGURE 1: Organigramme du processus de sélection des articles selon la méthode PRISMA



l'efficacité des interventions de prévention individuelles ou collectives menées par le dentiste ou d'autres professionnels de la santé pour prévenir la CPE. Les résultats ont révélé que les mères qui avaient reçu une éducation en santé buccodentaire lors d'une visite à domicile avaient tendance à offrir de meilleurs soins dentaires à leurs enfants, comparativement à celles qui avaient uniquement reçu des documents d'information par la poste.

La prévalence de la carie dentaire était semblable entre le groupe qui avait reçu la supplémentation prénatale en fluorure et les autres. Par conséquent, les résultats n'appuient pas l'hypothèse selon laquelle la supplémentation prénatale en fluorure a un effet préventif sur la carie. Les résultats de cette étude ont révélé que l'augmentation de la fréquence d'application d'une solution topique de fluorure d'ammine (5000 ppm 10 fois par année) peut protéger contre la carie chez les enfants d'âge préscolaire présentant une activité carieuse élevée.

L'évaluation du programme de prévention destiné aux femmes enceintes prévoyant des examens-nettoyage, une évaluation des habitudes alimentaires et l'éducation en hygiène buccodentaire a révélé qu'il était efficace pour lutter contre la carie dentaire chez les enfants d'âge préscolaire.

Une des études primaires couvertes a révélé que le fait de se brosser les dents 2 fois par jour avec une quantité de dentifrice à 1450 ppm de fluorure correspondant à la taille d'un pois avait des bienfaits cliniques significatifs chez les enfants présentant un risque élevé d'activité carieuse. Cependant, l'utilisation d'un dentifrice à 440 ppm de fluorure n'apportait rien de plus que l'utilisation d'un dentifrice sans fluorure. En revanche, une autre étude a révélé une différence semblable entre l'indice moyen des dents de lait cariées, absentes et obturées (indice CAOD) des participants qui utilisaient un dentifrice à 1055 ppm de fluorure et ceux qui utilisaient un dentifrice à 550 ppm de fluorure.

Un autre programme de santé buccodentaire a révélé que l'association de l'utilisation du fluorure à l'aiguillage accru vers des professionnels dentaires pouvait entraîner une réduction significative

de l'incidence de la carie dentaire chez les enfants d'âge préscolaire. Le programme comprenait des présentations vidéo et audio et l'utilisation d'images illustrant l'importance de l'hygiène buccodentaire pour instruire les enseignants et les enfants. Il visait également la promotion du brossage des dents 2 fois par jour avec une quantité de dentifrice (à 1100 ppm de fluorure) correspondant à la taille d'un pois.

Les auteurs ont conclu qu'il n'était pas possible de dégager des données fiables et concluantes sur la meilleure intervention pour prévenir la CPE. Étant donné que les interventions fondées sur l'utilisation du fluorure semblent être efficaces pour protéger la dentition primaire contre la carie dentaire, des études plus rigoureuses devront être menées pour confirmer ce résultat.

La revue de George et de ses collaborateurs (2019)³⁴ (AMSTAR 2 = qualité extrêmement faible, ROBIS = risque de biais faible) visait à évaluer l'efficacité des programmes de santé buccodentaire offerts aux femmes au cours de la période anténatale et/ou postnatale par des non-professionnels dentaires pour réduire la CPE. En ce qui concerne la période anténatale, les enfants de mères ayant eu droit à une éducation en santé buccodentaire, à l'aiguillage vers un professionnel dentaire et à des services de dépistage offerts par une équipe multidisciplinaire, en plus d'avoir eu droit à une évaluation et une consultation par des professionnels dentaires pendant leur grossesse, ont eu moins de caries dentaires, d'extractions et de dents cariées, ce qui correspond à des résultats cliniques pertinents. Au cours de la période postnatale, une amélioration des résultats cliniques des enfants et des habitudes des mères a été observée, ce qui confirme l'effet protecteur des interventions d'éducation en santé buccodentaire.

Les interventions offertes au cours de la grossesse et après celle-ci ont eu des résultats contradictoires. Plus précisément, l'association de l'éducation en santé buccodentaire et de l'aiguillage vers un professionnel dentaire a eu à la fois des résultats positifs et des résultats négatifs. Les auteurs ont conclu que des non-professionnels dentaires peuvent offrir de l'éducation en santé buccodentaire, procéder à des évaluations de risque et aiguiller vers des professionnels dentaires, pourvu qu'ils soient préparés à assumer ces tâches. Cependant, d'autres études plus rigoureuses devront être menées pour confirmer ces résultats et déterminer la meilleure période, anténatale ou postnatale, pour offrir de telles interventions.

3.5 Vernis fluoré

Deux revues systématiques incluses visaient à évaluer l'efficacité du vernis fluoré. La qualité de la plus récente, celle de Mishra et de ses collaborateurs (2017)⁹, a été jugée extrêmement faible (AMSTAR 2), et son risque de biais a été jugé élevé (ROBIS). Les vernis fluorés à 1% (difluorsilane) et à 5% (fluorure de sodium) qui ont été utilisés ont été associés à une fraction préventive de 6,4% à 30% et de 5% à 63%, respectivement, contre la CPE. L'application de vernis fluoré 2 à 3 fois par année a offert un effet plus constant sur la fraction préventive. Les auteurs ont conclu que, bien que l'American Academy of Paediatric ait recommandé l'utilisation du vernis fluoré pour prévenir ou renverser la déminéralisation de l'émail dentaire chez les enfants présentant un risque modéré à élevé de carie dentaire, les données tirées des études évaluées dans le cadre de la présente revue avaient une valeur limitée.



La deuxième revue systématique est celle de Carvalho et de ses collaborateurs (2010)²¹ (AMSTAR 2 = qualité faible, ROBIS = risque de biais élevé). Elle couvrait 8 études cliniques contrôlées. L'évaluation des vernis fluorés Duraphat® (fluorure de sodium à 5%) et Fluor Protector® (difluorsilane à 1%) a révélé une fraction préventive contre la CPE comprise entre 5% et 63%, avec des valeurs supérieures pour les études les plus récentes. Les auteurs ont conclu que le vernis fluoré pouvait réduire l'incidence des caries de la dentition primaire des enfants, sans avoir de données concluantes.

3.6 Efficacité du dépistage buccodentaire, de l'éducation en santé buccodentaire, de l'aiguillage par un médecin de soins primaires et des traitements préventifs

La revue de Chou et de ses collaborateurs (2013)²² (AMSTAR 2 = qualité faible, ROBIS = risque de biais faible) visait la mise à jour des recommandations de l'US Preventive Services Task Force (US-PSTF) de 2004³⁷ sur la prévention de la carie dentaire chez les enfants de 5 ans ou moins.

Aucune donnée directe ne permettait de conclure que le dépistage par un médecin de soins primaires permettait de réduire l'incidence de la CPE. En ce qui a trait à l'efficacité de l'éducation en santé buccodentaire des parents ou des pourvoyeurs/pourvoyeurs principaux de soins dans la prévention de la carie dentaire, la recherche n'a pas permis de trouver des études sur des interventions d'éducation ou de consultation. Cependant, les interventions multifactorielles comprenant une composante éducative ont été associées à une réduction des caries chez les enfants mal desservis.

En ce qui a trait aux traitements préventifs, les méthodes suivantes ont été évaluées: la supplémentation en fluorure, l'application topique de fluorure ou l'utilisation de xylitol. Aucune étude postérieure à la mise à jour des recommandations de l'USPSTF de 2004³⁷ n'a été trouvée sur la supplémentation en fluorure, ce qui nuit à la fiabilité des données sur l'association entre cette méthode (fluoruration de l'eau, comprimés ou gouttes) et la réduction de l'incidence de la carie dentaire.

Trois études visant à évaluer le vernis fluoré (2,26%) appliqué tous les 6 mois ont été trouvées. Leurs résultats ont révélé que cette méthode était efficace pour la prévention de la carie dentaire chez les enfants présentant un risque élevé, le pourcentage de réduction des faces dentaires cariées, absentes et obturées (CAOF) étant de 18% à 59%.

La dose et la teneur de xylitol étudiées variaient d'une étude à l'autre visant l'évaluation de ce produit. Les comprimés de xylitol ont été associés à une réduction de l'augmentation des CAOF après 2 ans, mais la différence n'était pas statistiquement significative dans la réduction moyenne absolue des surfaces touchées. L'utilisation de lingettes imbibées de xylitol s'est révélée plus efficace que le placebo pour réduire l'incidence de la CPE. La gomme au xylitol n'a eu aucun effet sur l'incidence de la carie chez les enfants. Par conséquent, les effets de l'utilisation du xylitol ne font pas l'unanimité et l'approfondissement des études s'impose.

3.7 Dentifrice au fluorure

Wright et ses collaborateurs (2013)³² ont réalisé une revue systématique et une méta-analyse pour évaluer l'efficacité et l'innocuité du dentifrice au fluorure chez les enfants âgés de moins de 6 ans (AMSTAR 2 = qualité extrêmement faible, ROBIS = risque de biais élevé).

Les résultats de la méta-analyse de la comparaison entre le dentifrice au fluorure et le placebo ont révélé que, dans les populations présentant un risque élevé de carie dentaire, l'utilisation de ce type de dentifrice entraînait une variation statistiquement significative de la différence moyenne standard de l'indice CAOF (- 0,25 [- 0,36 à - 0,14]) et de l'indice CAOD (- 0,19 [- 0,32 à - 0,06]). À la teneur de 1000 ppm, les résultats étaient moins constants.

L'analyse de l'effet du dentifrice sur une population présentant un risque normal de carie dentaire a révélé que l'utilisation d'un dentifrice à forte teneur en fluorure (1450 ppm) entraînait une réduction statistiquement significative de l'indice CAOD moyen, comparativement aux résultats observés chez les personnes qui n'utilisaient pas ce type de dentifrice. Cependant, aucune différence n'a été observée entre le groupe qui s'était brossé les dents avec un dentifrice à faible teneur en fluorure (440 ppm) et le groupe qui n'avait pas reçu de dentifrice au fluorure.

Les résultats de la méta-analyse sur la comparaison des études sur la teneur en fluorure des dentifrices n'ont pas révélé de différence statistiquement significative entre le brossage des dents avec un dentifrice à teneur élevée (1055 à 1450 ppm) et un dentifrice à teneur faible (250 à 550 ppm) en fluorure. Le dentifrice à teneur élevée en fluorure a toutefois eu un effet statistiquement significatif sur la différence moyenne standard de l'indice CAOD, comparativement au dentifrice à teneur faible en fluorure. Les auteurs ont conclu que pour les enfants âgés de moins de 6 ans, l'utilisation d'un dentifrice au fluorure était efficace pour lutter contre la carie dentaire.

3.8 Examen dentaire préventif

La revue systématique de Bhaskar et de ses collaborateurs (2014)²⁹ a résumé les données sur l'efficacité des examens dentaires préventifs chez les enfants âgés de 6 ans ou moins. Ces consultations comprenaient le suivi, l'examen complet et des interventions préventives, notamment l'application de vernis fluoré et une prophylaxie dentaire. La qualité de cette revue a été jugée extrêmement faible (AMSTAR 2) et son risque de biais a été jugé élevé (ROBIS). Les auteurs ont conclu que les données appuyant l'efficacité des examens dentaires préventifs avant l'âge de 3 ans sont faibles. Les données ont révélé que les examens dentaires préventifs chez les enfants âgés de moins de 3 ans avaient des bienfaits, mais seulement chez les enfants présentant un risque élevé et ceux qui avaient déjà des maladies dentaires. Cependant, les examens dentaires préventifs précoces sont associés à une fréquence accrue des examens dentaires préventifs ultérieurs. Ils peuvent également être associés à une réduction de l'incidence des soins de restauration et des dépenses liées aux traitements dentaires au cours des premières années de la vie. Par conséquent, ils pourraient avoir un effet positif sur la prévention de la CPE.

TABLEAU 1: Caractéristiques des revues systématiques incluses

Auteur, année	Base de données électronique	Population	Objectif
Ammari, 2007 ²⁰	MEDLINE, Cochrane, Embase	Femmes enceintes, mères et enfants de moins de 6 ans	Évaluer les programmes de prévention de la CPE. Déterminer l'efficacité des interventions de prévention offertes par le dentiste ou un autre professionnel de la santé à un individu ou des groupes présentant un risque de CPE.
Carvalho, 2010 ²¹	BBO, LILACS, MEDLINE, Cochrane	Enfants de 6 ans ou moins	Évaluer les données sur l'application professionnelle de vernis fluoré.
Chou, 2013 ²²	MEDLINE, Cochrane	Enfants de 5 ans ou moins	Déterminer l'efficacité de l'éducation en santé buccodentaire et de l'aiguillage vers un professionnel dentaire par un professionnel de la santé exerçant en milieu de soins primaires. Évaluer l'efficacité des traitements préventifs fondés sur la supplémentation en fluorure, le vernis fluoré et le xylitol.
Wright, 2013 ³²	MEDLINE	Enfants de 6 ans ou moins	Évaluer l'efficacité du dentifrice au fluorure.
Bhaskar, 2014 ²⁹	PubMed, Embase	Enfants âgés de 0 à 6 ans	Examiner et résumer les données sur l'efficacité des examens dentaires préventifs précoces pour améliorer la santé buccodentaire globale des enfants.
Twetman, 2015 ³⁰	PubMed, Cochrane	Enfants âgés de moins de 3 ans	Évaluer l'autoapplication et l'application professionnelle du fluorure, les agents antimicrobiens, la résine pour scellement de fissures et la restauration temporaire dans le contexte de la prévention de la CPE.
Abou El Fadl, 2016 ²³	Central, Embase, MEDLINE, Global Health, CINHAL, Scopus, Web of Science	Femmes enceintes et enfants âgés de 0 à 5 ans	Évaluer l'efficacité de l'intégration de la promotion de la santé buccodentaire aux services de base fournis par le personnel infirmier et les sages-femmes aux femmes enceintes et aux très jeunes enfants.
Mishra, 2017 ⁹	PubMed, MEDLINE, Cochrane, Embase	Enfants âgés de 0 à 5 ans	Évaluer le rôle du vernis fluoré dans la prévention de la CPE.
Takahashi, 2017 ³¹	Cochrane Oral Health's Trials Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane, MEDLINE (Ovid), Embase (Ovid), LILACS (Bireme), CINHAL (Ebsco)	Femmes enceintes	Évaluer les effets de la prise de suppléments de fluorure par les femmes enceintes (comprimés, gouttes, pastilles ou gomme), comparativement à l'absence de supplémentation en fluorure pendant la grossesse pour prévenir les caries de la dentition primaire de leurs enfants.
Henry, 2017 ³³	Cochrane Oral, Health Group's Trials Register, PubMed, Science Direct, LILACS, ClinicalKey	Femmes enceintes et leurs enfants	Résumer les données probantes sur l'efficacité des programmes d'éducation en santé buccodentaire proposés aux femmes enceintes pour prévenir la CPE et déterminer le programme d'intervention le plus efficace.
George, 2019 ³⁴	MEDLINE, Science Direct, CINAHL, ProQuest, PubMed	Femmes enceintes (période anténatale) ou mères de nourrissons de 24 mois ou moins (période postnatale)	Évaluer l'efficacité des programmes de santé buccodentaire offerts aux femmes pendant la période anténatale et/ou postnatale par des non-professionnels dentaires pour réduire l'incidence de la CPE.
Xiao, 2019 ³⁵	PubMed, Embase, Scopus, Web of Science, LILACS, Cochrane Library, ClinicaJTrials.gov	Femmes enceintes et leurs enfants âgés de moins de 6 ans	Procéder à un examen systématique des données scientifiques sur l'association entre les soins de santé buccodentaire prénatals et la prévention de la CPE.
Riggs, 2019 ³⁶	Cochrane Oral Health's Trials Register, Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register, CENTRAL, MEDLINE Ovid, Embase Ovid, CINAHL EBSCO	Femmes enceintes, nouvelles mamans ou pourvoyeurs principaux de soins des nourrissons	Évaluer les effets (1) des interventions cliniques, (2) de l'éducation en santé buccodentaire ou de la promotion de celle-ci (p. exemple les conseils sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, y compris sur l'allaitement), les conseils sur l'alimentation des enfants et les conseils sur l'hygiène buccodentaire destinés aux mères et/ou aux jeunes enfants) et (3) des politiques et de l'accès aux services.

Études primaires	Principaux résultats: Méta-analyses	Principales conclusions
7 études à répartition aléatoire contrôlées	Sans objet	Aucune donnée fiable n'a été trouvée sur la meilleure intervention pour prévenir la CPE. Les interventions fondées sur le fluorure semblent être efficaces pour protéger la dentition primaire, mais des études plus rigoureuses prévoyant un suivi à long terme s'imposent.
8 études contrôlées	Sans objet	Le vernis fluoré a permis de réduire l'incidence des caries de la dentition primaire chez les enfants âgés de 6 ans ou moins, mais les données n'étaient pas concluantes.
5 études d'observation, 17 études à répartition aléatoire ou non	Sans objet	Le vernis fluoré était efficace pour prévenir la carie dentaire chez les enfants présentant un risque élevé. Les résultats de l'utilisation du xylitol ne font pas l'unanimité et doivent être confirmés. Un nombre limité de données suggèrent que l'éducation des parents ou des pourvoyeurs principaux de soins dans le cadre d'interventions multifactorielles peut être efficace pour lutter contre la carie dentaire. Aucune donnée directe n'a été trouvée sur la réduction de la CPE grâce au dépistage effectué par les médecins de soins primaires.
4 études à répartition aléatoire contrôlées, 1 revue systématique, 1 étude cas-témoin, 1 étude transversale	Dans les populations présentant un risque élevé de carie dentaire, le dentifrice au fluorure a eu un effet statistiquement significatif sur l'indice CAOD moyen (différence moyenne standard [IC à 95%] -0,19 [-0,32 à -0,06]), comparativement au groupe témoin qui n'avait pas reçu de dentifrice au fluorure.	Chez les enfants âgés de moins de 6 ans, le dentifrice au fluorure était efficace pour lutter contre la carie dentaire.
4 études de cohorte rétrospective	Sans objet	Les examens dentaires préventifs précoces étaient associés à une fréquence accrue des examens dentaires préventifs ultérieurs et peuvent être associés à une réduction de l'incidence des soins de restauration dentaire au cours des premières années de la vie.
3 études de cohorte, 10 études à répartition aléatoire contrôlées, 3 études cliniques contrôlées, 3 études à répartition aléatoire contrôlées par grappes, 1 étude quasi expérimentale	Sans objet	Des données limitées ont révélé une association entre l'utilisation du dentifrice au fluorure et du vernis fluoré et la prévention de la CPE. Les données appuyant l'utilisation du fluorure diamine d'argent, du xylitol, du vernis/gel de chlorhexidine, de la povidone iodée, des bactéries probiotiques et des agents reminéralisants pour la prévention de la CPE étaient insuffisantes. Aucune donnée n'a été trouvée sur l'utilisation de scellants pour la prévention de la CPE.
12 études à répartition aléatoire contrôlées ou études à répartition aléatoire contrôlées par grappes, 7 études quasi expérimentales, 1 étude contrôlée non à répartition aléatoire, 1 étude écologique	Sans objet	L'intégration de divers spécialistes d'échelons de formation différents a été associée à l'efficacité des interventions de promotion de la santé buccodentaire. L'inclusion de pratiques de promotion de la santé buccodentaire aux soins infirmiers semble être une initiative prometteuse pour promouvoir la santé buccodentaire en réduisant l'incidence de la carie dentaire et en augmentant l'accès aux soins dentaires.
15 études à répartition aléatoire contrôlées, 2 études d'observation	Sans objet	Chez les enfants présentant un risque modéré à élevé de carie dentaire, les données sur l'utilisation du vernis fluoré pour prévenir ou inverser la carie dentaire avaient une valeur modérée à limitée. Du vernis fluoré à 1% et à 5% a été utilisé pour prévenir la CPE. La fraction préventive a été influencée par la fréquence d'application, la durée de l'étude et la taille de l'échantillon.
1 étude à répartition aléatoire contrôlée	Sans objet	Aucune donnée ne révélait que les suppléments de fluorure pris par les femmes pendant leur grossesse étaient efficaces pour prévenir la carie dentaire chez leurs enfants.
1 étude à répartition aléatoire contrôlée par grappes, 2 études à répartition aléatoire contrôlées, 1 étude à répartition aléatoire	Sans objet	Les données suggèrent que les interventions d'éducation en santé buccodentaire chez les femmes enceintes peuvent avoir un effet positif sur la prévention des CPE. Cependant, la force de cette recommandation est faible. De plus, il a été possible d'identifier l'intervention la plus efficace en raison des variations entre les interventions.

Note: Abbreviations: CC, case-control study; CCT, controlled clinical trials; CI, confidence interval; CNR, controlled non-randomized study; CO, cohort studies; CRCC, cluster-randomized controlled clinical trial; CRCCs, cluster-randomized controlled clinical trials; CS, cross-sectional study; CTs, clinical trials; dfmt, decayed missing and filled primary teeth; ES, ecologic study; MD, Mean Difference; NCCC, nested case-control in a cohort study; OS, observational studies; PC, prospective cohort study; QE, quasi-experimental study; RC, retrospective cohort studies; RCR, retrospective chart review; RCTs, randomized controlled trials; RNT, randomized or not trials; RR, Risk Ratio; RT, randomized trial; SMD, Standard Mean Difference SR, systematic review.

3.9 Autoapplication et application professionnelle de fluorure, agents antimicrobiens, résine pour scellement de fissures et restaurations

Twetman et ses collaborateurs (2015)³⁰ ont évalué l'autoapplication et l'application professionnelle de fluorure, les agents antimicrobiens et la résine pour scellement de fissures pour la prévention des CPE chez les enfants de 6 ans ou moins (AMSTAR 2 = qualité extrêmement faible, ROBIS = risque de biais faible).

En ce qui a trait à l'autoapplication du fluorure, le brossage quotidien avec du dentifrice au fluorure dès l'éruption de la première dent, devrait probablement être considéré comme la meilleure pratique clinique pour réduire l'incidence de la CPE, selon des données de qualité modérée. Les données sur l'utilisation des suppléments de fluorure (comprimés et gouttes) étaient insuffisantes parce qu'aucun article ne répondait aux critères d'inclusion établis par les auteurs de la présente revue systématique.

Le produit utilisé lors de l'application professionnelle évaluée était le vernis fluoré de sodium à 5% à raison de 2 à 4 fois par année en association avec la promotion de la santé buccodentaire. Les

résultats ont révélé que le vernis fluoré pouvait réduire l'incidence de la CPE, mais la qualité des données a été jugée faible. Pour être aussi efficace que le fluorure diamine d'argent à 38%, le vernis devait être appliqué plusieurs fois.

Les agents antibactériens (vernis/gel de chlorhexidine et povidone iodée), les bactéries probiotiques et les agents reminéralisants (phosphopeptide de caséine et phosphate de calcium amorphe) n'étaient pas liés à des bienfaits en matière de prévention de la CPE. L'application de xylitol topique (pastilles, sirops et lingettes) a entraîné une réduction de la prévalence de la carie dentaire lors du suivi à un an.

Les données sur l'application de résine pour scellement sur la dentition primaire pour la prévention de la CPE étaient en revanche non concluantes. Peu d'information était fournie sur l'utilisation de la résine pour scellement sur la dentition primaire, et les données des études incluses ne révélaient pas que l'utilisation du verre ionomère avait des effets sur la prévalence de la carie dentaire.

Études primaires	Principaux résultats: Méta-analyses	Principales conclusions
<p>3 études à répartition aléatoire contrôlées,</p> <p>2 études à répartition aléatoire contrôlées par grappes,</p> <p>3 études quasi expérimentales,</p> <p>1 examen rétrospectif de dossiers</p>	<p>Sans objet</p>	<p>Les auteurs ont conclu que les professionnels de la santé autres que du domaine buccodentaire peuvent élargir leur champ de pratique pour fournir des services d'éducation en santé buccodentaire, procéder à des évaluations de risque et aiguiller les patients vers un dentiste, pourvu qu'ils soient préparés à effectuer ces tâches. Des études plus rigoureuses s'imposent pour corroborer ces résultats et déterminer si la meilleure période pour procéder à ces types d'interventions est la période anténatale et/ou la période postnatale.</p>
<p>3 études à répartition aléatoire contrôlées,</p> <p>1 étude de cohorte prospective,</p> <p>1 étude cas-témoin emboîtée dans une étude de cohorte</p>	<p>Les soins buccodentaires prénatals ont été associés à un effet protecteur contre la CPE chez les enfants âgés de moins de 4 ans. Chez les enfants âgés de 5 ans ou plus, l'effet protecteur devenait négligeable.</p>	<p>L'incidence de la CPE était réduite chez les enfants dont la mère avait reçu des soins de santé buccodentaire. Les soins visant le maintien de la santé buccodentaire et l'amélioration des connaissances sur la santé buccodentaire pendant la grossesse sont des stratégies prometteuses dans la prévention de la CPE.</p>
<p>17 études à répartition aléatoire contrôlées</p>	<p>Promotion et soutien de l'allaitement: peu de différence, voire aucune, a été observée sur le plan du risque de carie dentaire (risque relatif [IC à 95%] 0,96 [0,89 à 1,03]). Conseils sur l'hygiène buccodentaire, le régime alimentaire des enfants et l'alimentation: peu de réduction, voire aucune, du risque de caries de la dentition primaire (risque relatif [IC à 95%] 0,91 [0,75 à 1,10]). Agent antimicrobien appliqué à la dentition de la mère: peu de différence, voire aucune, sur le plan du risque de caries de la dentition primaire (risque relatif [IC à 95%] 0,97 [0,80 à 1,19]). Comparaison du xylitol au traitement antimicrobien à la chlorhexidine: le xylitol a été associé à un indice CAOD moyen inférieur (différence moyenne [IC à 95%] -2,39 [-4,10 à -0,68]).</p>	<p>Prodiguer des conseils sur l'alimentation et le régime alimentaire aux femmes enceintes, aux mères et aux autres pourvoyeurs de soins aux enfants âgés de 1 an ou moins peut entraîner une légère réduction du risque de carie dentaire au cours des premières années de vie de l'enfant. Des études rigoureuses menées auprès d'un nombre adéquat de participants s'imposent pour déterminer si d'autres interventions visant les pourvoyeurs de soins pourraient favoriser la réduction de l'incidence de la CPE.</p>

3.10 Intégration de la promotion de la santé buccodentaire de la mère et de l'enfant aux pratiques du personnel infirmier et des sages-femmes

La revue d'Abou El Fadl et de ses collaborateurs (2016)²³ visait à évaluer des femmes enceintes et des pourvoyeurs de soins aux enfants de 5 ans ou moins (AMSTAR 2 = qualité extrêmement faible, ROBIS = risque de biais faible). L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'efficacité de l'intégration de la promotion de la santé buccodentaire des enfants et de leurs mères aux pratiques du personnel infirmier et des sages-femmes.

Les études incluses ne portaient que sur des interventions réalisées par le personnel infirmier, sans la participation de professionnels dentaires.

Ces interventions comprenaient l'éducation en santé buccodentaire, la diffusion d'information sous forme de dépliants ou de brochures, des activités de jeux de rôles, l'utilisation de modèles pour démontrer les techniques de nettoyage des dents, des vidéos didactiques, l'application de vernis fluoré par des membres du personnel infirmier et la prise de rendez-vous pour des examens dentaires. La plupart des études ont révélé une réduction significative de l'incidence de la carie dentaire chez les enfants participant à la stratégie d'intégration de la promotion de la santé buccodentaire. L'amélioration significative de l'hygiène buccodentaire et des habitudes alimentaires observée chez les participants a augmenté la probabilité des visites ultérieures chez le dentiste, ce qui pourrait ultimement contribuer à la prévention de la CPE. Les auteurs ont conclu que les interventions visant à promouvoir la santé buccodentaire peuvent être offertes par divers spécialistes d'échelons de formation différents. Par conséquent, l'inclusion de la promotion de la santé buccodentaire à la pratique du personnel infirmier semble être une initiative prometteuse pour améliorer la santé buccodentaire et réduire l'incidence de la carie dentaire en favorisant l'accès aux soins dentaires, particulièrement dans les communautés défavorisées sur le plan socioéconomique.

3.11 Suppléments de fluorure

Takahashi et ses collaborateurs (2017)³¹ ont évalué les effets des suppléments de fluorure (comprimés, gouttes, pastilles ou gomme) par rapport à ceux de l'absence de supplémentation en fluorure pendant la grossesse pour prévenir la CPE (AMSTAR 2 = qualité élevée, ROBIS = risque de biais faible). Parmi les bébés nés de ces femmes enceintes, 938 ont été suivis jusqu'à l'âge de 3 ans et 798 jusqu'à l'âge de 5 ans. Les traitements consistaient à donner aux femmes enceintes une dose quotidienne de 2,2 mg de fluorure de sodium (NaF) en comprimé à partir du quatrième mois de grossesse, tandis que le groupe témoin recevait un placebo (sans fluorure). Les auteurs ont conclu à l'absence de données révélant que la supplémentation en fluorure chez les femmes pendant leur grossesse était efficace pour prévenir la CPE.

3.12 Programme d'éducation en santé buccodentaire

La revue systématique de Henry et de ses collaborateurs (2017)³³ résumait les données sur l'efficacité des programmes d'éducation en santé buccodentaire offerts aux femmes enceintes pour la prévention de la CPE (AMSTAR 2 = qualité faible, ROBIS = risque de biais faible). Les interventions couvertes par les études visaient la promotion de la santé buccodentaire, les entrevues motivationnelles et les conseils sur l'alimentation / la nutrition.

Certaines de ces études n'ont révélé aucune différence statistiquement significative sur le plan de la réduction globale de la CPE. Cependant, un effet protecteur a été observé chez les mères qui ont continué de fréquenter le même centre de santé et celles dont la source principale en matière de conseils sur l'alimentation était le même centre de santé. Les auteurs ont conclu que des données suggéraient que les interventions d'éducation en santé buccodentaire auprès des femmes enceintes pouvaient avoir un effet positif sur la prévention de la CPE. La force de cette recommandation est toutefois faible. En outre, il n'a été pas possible d'identifier l'intervention la plus efficace en raison des variations entre les interventions.

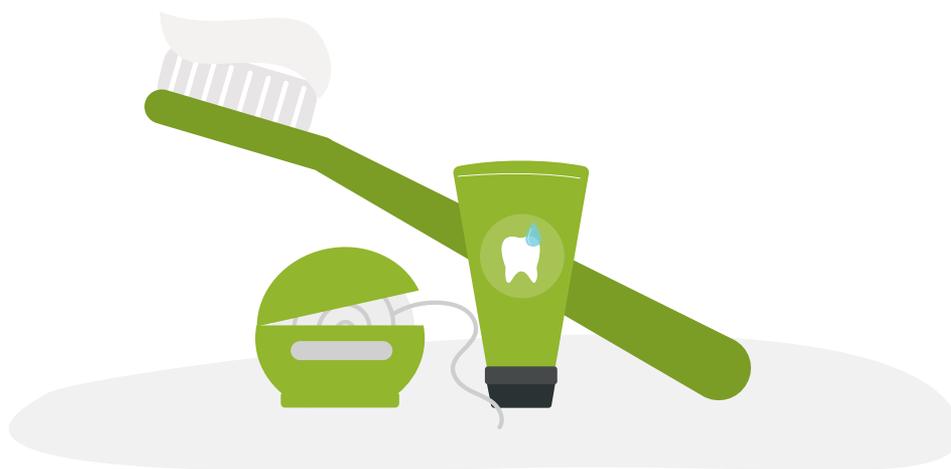


TABLEAU 2: Classification des articles sélectionnés, en fonction des critères d'évaluation de la qualité de l'outil AMSTAR 2

Critère	Ammari, 2007	Carvalho, 2010	Chou, 2013	Wright, 2013	Bhaskar, 2014	Twetman, 2015	Abou El Fadl, 2016	Mishra, 2017	Takahashi, 2017	Henry, 2017	George, 2019	Xiao, 2019	Riggs, 2019
1. La question de recherche et les critères d'inclusion comprennent les critères PICO	Orange	Vert	Vert	Orange	Vert	Orange	Vert	Orange	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
2. Protocole inscrit avant l'entreprise de la revue	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Vert	Orange	Orange	Orange	Vert
3. Explication de la sélection d'images tirées des études couvertes	Vert	Vert	Vert	Orange	Orange	Vert	Vert	Orange	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
4. Caractère adéquat de la recherche dans la documentation publiée	Violet	Violet	Violet	Orange	Violet	Violet	Violet	Violet	Violet	Violet	Orange	Violet	Vert
5. Sélection des études faite en double	Orange	Vert	Vert	Vert	Vert	Orange	Vert	Orange	Vert	Vert	Orange	Vert	Vert
6. Extraction des données faite en double	Vert	Orange	Vert	Vert	Vert	Orange	Orange	Orange	Vert	Vert	Vert	Orange	Vert
7. Liste des études exclues et justification de leur exclusion	Orange	Vert	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Vert	Vert	Orange	Vert	Vert
8. Description détaillée des études incluses	Vert	Vert	Violet	Vert	Vert	Vert	Vert	Violet	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
9. Déclaration du risque de biais dans chacune des études incluses dans la revue ^a	Vert	Vert	Vert	Vert	Orange	Vert	Vert	Orange	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
10. Déclaration des sources de financement des études incluses dans la revue	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Vert
11. Caractère adéquat des méthodes méta-analytiques	Orange	Orange	Orange	Vert	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Vert	Vert
12. S'il s'agit d'une méta-analyse : prise en compte du risque de biais dans les études incluses	Orange	Orange	Orange	Vert	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Vert	Vert
13. Prise en compte du risque de biais dans l'interprétation et l'exposé	Vert	Vert	Vert	Vert	Orange	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
14. Explication satisfaisante de toute hétérogénéité	Vert	Vert	Vert	Vert	Orange	Vert	Vert	Orange	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
15. Évaluation de la présence et de l'impact probable des biais de publication a exposé	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Vert
16. Conflits d'intérêts	Orange	Orange	Orange	Orange	Vert	Orange	Vert	Vert	Vert	Orange	Vert	Vert	Vert
Classification	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Vert	Orange	Orange	Orange	Vert

^a Domaines critiques d'AMSTAR 2

3.13 Interventions auprès des femmes enceintes, des nouvelles mamans et des autres pourvoyeurs principaux de soins

Riggs et ses collaborateurs (2020)³⁶ (AMSTAR 2 = qualité élevée, ROBIS = risque de biais faible) ont évalué les effets des interventions auprès des femmes enceintes, des nouvelles mamans et des autres pourvoyeurs principaux de soins aux enfants de moins de 1 an pour la prévention de la CPE. Les données trouvées indiquaient que le fait de fournir aux mères (ou aux pourvoyeurs de soins) des conseils en matière de régime alimentaire sain et de bonnes habitudes d'alimentation des enfants entraînait une réduction de l'incidence de la carie dentaire jusqu'à l'âge de 6 ans, comparativement aux résultats observés chez les enfants dont les pourvoyeurs de soins n'avaient pas reçu de tels conseils.

En revanche, le soutien à l'allaitement, les conseils sur le régime alimentaire optimal des enfants, et les conseils sur le régime alimentaire, l'alimentation et le nettoyage des dents des enfants ne se sont pas révélés efficaces pour réduire le risque de carie

dentaire chez les jeunes enfants, comparativement aux soins habituels. Quoi qu'il en soit, les résultats des études validées n'étaient pas concluants. Aucune donnée ne permet donc de conclure que ces interventions ne sont pas efficaces. En ce qui a trait aux traitements visant à réduire les bactéries présentes dans la cavité buccale de la mère, les données sur leur potentiel de prévention de la carie dentaire au cours de la petite enfance étaient contradictoires et non concluantes.

L'information recueillie dans le cadre de la présente revue a permis de conclure que le fait de fournir des conseils sur l'alimentation du nourrisson aux femmes enceintes ou aux autres pourvoyeurs de soins d'enfants âgés de 1 an ou moins tend à réduire le risque de carie dentaire au cours de la petite enfance. Il faudra toutefois mener des études fondées sur une méthodologie rigoureuse auprès d'un échantillon suffisamment important de personnes pour déterminer si d'autres types d'interventions offertes aux pourvoyeurs de soins des enfants pourraient réduire l'incidence de la CPE.

TABLEAU 3: Classification des articles sélectionnés selon le risque de biais (ROBIS)

	Phase 2				Phase 3
	1 Critères d'admissibilité à l'étude	2 Identification et sélection des études	3 Évaluation de la collecte des données et des études	4 Synthèse et résultats	Évaluation du risque de biais
Ammari, 2007	2	2	2	1	2
Carvalho, 2010	2	2	?	1	2
Chou, 2013	1	1	1	1	1
Wright, 2013	2	2	2	?	2
Bhaskar, 2014	2	?	2	2	2
Twetman, 2015	2	2	1	2	1
Abou El Fadl, 2016	?	1	?	2	1
Mishra, 2017	2	?	2	?	2
Takahashi, 2017	1	1	1	1	1
Henry, 2017	?	2	1	1	1
George, 2019	1	2	1	1	1
Xiao, 2019	1	?	1	1	1
Riggs, 2019	1	1	1	1	1

Remarque: risque faible = 1, risque élevé = 2, risque non déterminé = ?

3.14 Soins buccodentaires prénatals et prévention de la CPE

La revue de Xiao et de ses collaborateurs (2019)³⁵ (AMSTAR 2 = qualité extrêmement faible, ROBIS = risque de biais faible) visait à examiner les données scientifiques sur l'association entre les soins buccodentaires prénatals et la prévention de la CPE. L'incidence de la CPE s'est révélée inférieure dans le groupe qui avait eu droit à des interventions de santé buccodentaire pendant la grossesse et la petite enfance. Aucune différence statistiquement significative de l'incidence de la carie dentaire n'a été observée pour ce qui est de la supplémentation en fluorure pendant la grossesse. Les interventions de santé buccodentaire ont été associées à un effet protecteur contre la CPE chez les enfants âgés de moins de 4 ans.

Les auteurs ont conclu que l'incidence de la CPE était inférieure chez les enfants dont la mère avait reçu des soins buccodentaires prénatals. Offrir des soins pour maintenir la santé buccodentaire et améliorer les connaissances sur la santé buccodentaire est une stratégie prometteuse pour prévenir la CPE.

4 - DISCUSSION

La CPE est une maladie multifactorielle⁴ dont les facteurs de risque peuvent être associés à des variables biologiques/comportementales (liées à la déclaration de la maladie et à la formation des lésions) et à des déterminants sociaux liés aux conditions socioéconomiques, culturelles et ethniques³⁸. En raison des conséquences que la CPE peut avoir sur la vie des enfants et de leur famille, les méthodes de prévention visant à éviter la formation des caries ou à réduire au minimum leurs répercussions suscitent de plus en plus d'intérêt depuis quelques années.

Cette synthèse résume l'ensemble des données des revues systématiques de la documentation publiée (par méta-analyse ou non) sur les méthodes déployées pour prévenir la CPE. Treize revues systématiques pertinentes portant sur des interventions isolées ou à plusieurs volets ont été identifiées. Il convient de noter que pour interpréter les résultats de cette synthèse, il faut tenir compte du fait que certaines études étaient couvertes par plus d'une revue systématique.

Les principaux résultats des études incluses ont révélé que la santé buccodentaire des enfants dont la mère avait reçu une éducation en santé buccodentaire lors de visites à domicile avait tendance à être meilleure que celle des autres enfants²⁰. Les enfants de mères qui avaient reçu une éducation en santé buccodentaire pendant la période anténatale, qui avaient été aiguillées vers un dentiste et qui avaient eu droit à un dépistage effectué par une équipe multidisciplinaire, à une évaluation dentaire pendant leur grossesse et à une consultation par un professionnel dentaire, présentaient un risque inférieur de carie dentaire³⁴. Par ailleurs, les programmes de prévention destinés aux femmes enceintes^{20,34}, les soins buccodentaires prénatals, l'association des programmes d'éducation en santé buccodentaire destinés aux enseignants et aux enfants à l'utilisation du fluorure par les enfants²⁰, l'intégration de la promotion de la santé buccodentaire de la mère et de l'enfant aux pratiques du personnel infirmier²³, les interventions d'éducation en santé buccodentaire offertes pendant la période postnatale³⁴ et les conseils sur le régime alimentaire et l'alimentation offerts aux femmes enceintes, aux mères et aux autres pourvoyeurs de soins³⁶ ont été associés à l'inhibition de la carie dentaire ou à la réduction de son incidence et donc à des retombées positives sur la prévention de la CPE. Les programmes de santé buccodentaire offerts aux mères pendant la période anténatale et la période postnatale ont eu des résultats positifs et négatifs sur la réduction de l'incidence de la CPE³⁴.

L'utilisation du vernis fluoré était associée à la prévention ou à l'inversion de la déminéralisation de l'émail dentaire et/ou à la réduction de l'incidence de la CPE. Cependant, ces données étaient modérées à limitées⁹, non concluantes²¹ et de qualité faible³⁰.

L'utilisation de fluorure pendant la période prénatale n'était pas associée à un effet préventif contre la CPE^{20,30,31,35}. En revanche, l'application d'une solution de fluorure d'ammonium (5000 ppm) peut fournir une protection contre la carie dentaire chez les enfants d'âge préscolaire présentant une forte activité carieuse²⁰ et plusieurs applications de fluorure diamine d'argent peuvent inhiber l'évolution des caries de la dentine de la dentition primaire³⁰.

Le brossage quotidien des dents avec un dentifrice au fluorure dès l'éruption de la première dent doit être considéré comme l'une des meilleures pratiques préventives, selon des données de qualité modérée³⁰. Les données sur la teneur en fluorure du dentifrice ne faisaient pas l'unanimité. Les données de la revue la plus récente³² révélaient que l'effet des dentifrices contenant moins de 1000 ppm était moins constant sur l'indice CAOD, alors que dans la revue la plus ancienne²⁰, les dentifrices à 550 ppm de fluorure avaient une activité anticariéuse semblable à celle des dentifrices à 1055 ppm. D'autres revues systématiques^{39,40} qui n'ont pas été incluses dans cette synthèse (en raison des critères d'exclusion) avaient également pour conclusion que les dentifrices à faible teneur en fluorure n'étaient pas efficaces pour prévenir la carie dentaire. En outre, l'utilisation de ces dentifrices à 600/500 ppm de fluorure augmentait le risque de caries de la dentition primaire.

Le vernis/gel à la chlorhexidine, les bactéries probiotiques, le phosphopeptide de caséine et phosphate de calcium amorphe et les résines pour scellement n'ont pas eu un effet constant sur la prévalence de la CPE³⁰. Diverses préparations et teneurs de xylitol ont été évaluées. Les données sur l'utilisation du xylitol étant parfois positives et parfois négatives, les résultats ne faisaient pas l'unanimité. D'autres études devront être menées sur le sujet^{22,30}. Aucune étude sur le dépistage par le médecin de soins primaires ou l'aiguillage vers un dentiste pour la prévention de la CPE n'a été identifiée²². Aucune étude visant à évaluer l'incidence des restaurations temporaires (technique de restauration atraumatique ou restaurations à l'aide du ciment Interim®) sur la prévention de la CPE n'a été identifiée³⁰. Aucune donnée concluante n'a été identifiée sur les traitements visant à réduire le nombre de bactéries dans la bouche de la mère pour prévenir la carie de la petite enfance³⁶. Les consultations préventives chez les jeunes enfants pourraient entraîner une réduction du nombre d'interventions de restauration et des dépenses en soins dentaires au cours des premières années de vie et donc une réduction des conséquences de la CPE à long terme²⁹.

Malgré le nombre considérable d'articles primaires publiés dans les revues incluses, les données sur les méthodes de prévention de la CPE sont limitées en raison de leur qualité méthodologique et du risque de biais. Les outils AMSTAR 2 et ROBIS diffèrent sur le plan de leur conception et de leur applicabilité⁴¹. L'utilisation de chacun de ces outils a donc un but différent, bien que certains de leurs éléments se recoupent. Les résultats de l'analyse de 7 revues systématiques effectuée à l'aide des 2 outils présentaient une certaine symétrie. La qualité de 5 revues^{9,20,21,29,32} a été jugée faible/extrêmement faible, selon l'outil AMSTAR 2, et le risque de biais dans ces études a été jugé élevé, selon l'outil ROBIS. La qualité et le risque de biais de 2 revues^{31,36} ont été jugés élevés et faibles, respectivement. Les résultats de 6 revues étaient asymétriques. La qualité de la revue de Henry et de ses collaborateurs (2017)³³ et de celle de Chou et de ses collaborateurs (2013)²² a été jugée

TABLEAU 4 : Évaluation de la qualité des études primaires des auteurs inclus

Auteur, année	Méthodologie	Principaux résultats
Ammari, 2007	Autre ^a	
Carvalho, 2010	Score de Jadad et autre ^a	La plupart des études présentaient des lacunes sur le plan de leur conception et de leur qualité méthodologique.
Chou, 2013	Autre ^a	
Wright, 2013	Autre ^a	
Bhaskar, 2014	Évaluation non réalisée	
Twetman, 2015	Méthode GRADE	La qualité des données de la plupart des articles a été jugée très faible.
Abou El Fadl, 2016	Outil de collaboration Cochrane pour les études à répartition aléatoire et outil de Downs et Black pour l'évaluation des autres études	Le risque de biais dans une minorité des études à répartition aléatoire contrôlées a été jugé faible pour tous les éléments. Parmi les études à répartition non aléatoire, le rapport entre les études de bonne qualité et les études de faible qualité était équilibré.
Mishra, 2017	Évaluation non réalisée	
Takahashi, 2017	Méthode GRADE	Le risque de biais général dans l'étude incluse était élevé, surtout en raison du biais de friction élevé. Le taux de patients perdus au suivi était élevé. La plupart des autres biais, comme les biais de sélection, de détection et de déclaration des résultats, n'ont pas été évalués. Sinon aucune information n'était disponible.
Henry, 2017	<i>Méthode GRADE et outil de collaboration Cochrane</i>	Sur les quatre études incluses, trois présentaient un faible risque de biais. La qualité globale des données concernant l'intervention avec une durée de suivi plus courte a été jugée comme élevée, tandis que celles concernant l'intervention avec une durée de suivi plus longue ont été jugées de faible qualité.
George, 2019	Outils d'évaluation de la qualité des revues systématiques et lignes directrices de pratique clinique du National Institute of Health (NIH)	La qualité des données de la plupart des articles a été jugée très faible.
Riggs, 2020	Méthode GRADE et Manuel Cochrane pour les revues systématiques d'interventions	La plupart des essais inclus ont été jugés comme présentant un risque élevé ou peu clair de biais d'attrition. Pour toutes les comparaisons, les données ont été principalement revues à la baisse en raison des limites méthodologiques (risque de biais) et de l'imprécision (mesure incertaine de l'effet, et parfois petites tailles d'échantillon et faibles taux d'événements)
Xiao, 2019	Outil de collaboration Cochrane et outil de Downs et Black adapté	La qualité de 2 études à répartition aléatoire contrôlée a été jugée élevée, selon l'outil d'évaluation du risque de biais Cochrane et l'outil Downs et Black. La qualité des 3 autres études a été jugée modérée.

^a autre : critères propres à l'évaluateur.

faible (AMSTAR 2), mais le risque de biais dans ces revues a aussi été jugé faible (ROBIS). La qualité de 4 revues^{23,30,34,35} a été jugée extrêmement faible (AMSTAR 2), mais le risque de biais dans ces revues a été jugé faible (ROBIS). Il est important de noter que l'utilisation de l'outil AMSTAR 2 repose sur l'évaluation d'éléments critiques et non critiques. Par conséquent, il suffit d'une lacune critique pour que la qualité méthodologique d'une revue soit jugée faible et de deux lacunes critiques pour que la qualité d'une revue systématique soit jugée extrêmement faible.

Certaines limites de l'interprétation de ces résultats doivent être signalées. Premièrement, dans certaines études, la description des méthodes était suffisamment vague pour empêcher la compréhension complète de ce qui avait réellement été accompli. Certaines revues présentaient des descriptions générales et génériques des méthodes, ce qui rendait parfois difficile l'interprétation du contenu et l'évaluation de la qualité des données. Néanmoins, un effort a été fait pour rassembler aussi rigoureusement que possible l'information pertinente. Deuxièmement, dans la présente étude, la qualité des études primaires incluses

dans les revues n'a pas été évaluée. Les outils ou les méthodes éventuellement utilisés à cette fin par les auteurs des revues (le cas échéant) ont toutefois été identifiés. Enfin, cette synthèse ne visait qu'à évaluer les méthodes de prévention de la CPE, mais les facteurs de risque et de protection, par exemple l'alimentation et la nutrition^{42,43}, peuvent eux aussi influencer sur la prévention de la CPE.

Il convient de mentionner que d'autres revues systématiques qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion de cette synthèse visaient également l'évaluation des habitudes alimentaires et leur influence sur la prévention de la CPE. Avila et ses collaborateurs (2015)⁴⁴ ont observé que l'allaitement était efficace pour prévenir la CPE. Dans la revue de Cui et de ses collaborateurs (2017)⁴⁵, l'allaitement était un facteur de protection contre la CPE, mais l'allaitement pendant 12 mois ou plus était associé à une augmentation du risque de CPE. Peres et ses collaborateurs (2017) ont observé dans une étude de cohorte que l'allaitement pendant 24 mois ou plus augmentait le risque de CPE grave. Ces résultats confirment la nécessité d'adopter dès que possible des mesures

pour prévenir la CPE, parce que l'allaitement est bénéfique pour la santé de l'enfant⁴⁶. D'autres facteurs de risque ou de protection pouvant être associés à la prévention de la CPE, comme l'hygiène buccodentaire et l'alimentation cariogène⁴⁷, l'influence des parents⁴⁸ et l'acquisition de bactéries cariogènes orales⁴⁹, ont été évalués dans d'autres revues systématiques.

Quoi qu'il en soit, la méthodologie adoptée pour la sélection des études couvertes par la présente synthèse était systématique et transparente. De plus, elle permettait l'identification de revues systématiques sur l'ensemble des méthodes de prévention de la CPE et reposait sur une stratégie de recherche sensible. Les résultats ont révélé des écarts entre les observations des auteurs sur une même méthode de prévention de la CPE. Ce phénomène peut être le fruit de la différence entre les groupes d'âge étudiés ou de l'hétérogénéité des contextes sociaux et culturels propres aux populations étudiées, ou celui de l'année de publication de la revue systématique. Par conséquent, au moment de choisir la méthode la plus appropriée pour un patient, il faut chercher de l'information à jour sur la documentation publiée qui donne lieu à des interventions dont le bien-fondé repose sur des données de qualité constante, appuyées par une force de recommandation adéquate et bien documentées.

5 - CONCLUSION

La présente étude est une synthèse complète des données sur les méthodes de prévention de la CPE décrites dans les revues systématiques. Elle a révélé que la qualité méthodologique des données disponibles est élevée à extrêmement faible. Les risques de biais les plus fréquents étaient liés aux critères d'admissibilité, à l'identification et à la sélection des études. Les méthodes de prévention les plus prometteuses de la CPE sont les suivantes: éducation en santé buccodentaire; programmes de prévention destinés aux femmes enceintes; soins buccodentaires prénatals; programmes de santé buccodentaire offerts aux femmes

pendant la période anténatale ou postnatale par des professionnels de la santé autres que du domaine buccodentaire; conseils sur le régime alimentaire et l'alimentation destinés aux femmes enceintes, aux mères et aux autres pourvoyeurs de soins; association de l'éducation en santé dentaire à l'utilisation du fluorure par les enfants; intégration de la promotion de la santé buccodentaire de la mère et de l'enfant aux pratiques du personnel infirmier; examens dentaires préventifs précoces; utilisation de vernis fluoré et de dentifrice à plus de 1000 ppm de fluorure. Malgré le nombre considérable d'articles publiés inclus dans cette série de revues, les données appuyant l'efficacité des méthodes de prévention de la CPE sont limitées en raison de la qualité méthodologique des revues systématiques, du risque de biais dans les études primaires et de la qualité des études primaires. Ce scénario révèle des lacunes importantes et les nombreuses occasions à saisir pour ce qui est de la réalisation d'études reposant sur une méthodologie rigoureuse, comme des études à répartition aléatoire contrôlées, des études épidémiologiques longitudinales et des études multiniveaux.

REMERCIEMENTS

Cette étude a été financée en partie par le Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) du Brésil. No de subvention 001.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts.

ORCID

Renata Cristina Soares

<https://orcid.org/0000-0002-7261-3020>



PARTICIPATION DES AUTEURS

RCS et SJM: Participation substantielle à la conception, à la méthodologie et à l'interprétation de l'étude. RCS et SVR: Collecte des données, analyse et rédaction du manuscrit. STM, JSR, PVCB, RIW et SJM: Révision critique de l'article. STM et RIW: Participation à la supervision du projet. SJM: Supervision du projet. RCS, SVR, STM, JSR, PVCB, RIW et SJM: Tous les auteurs ont fourni des commentaires critiques et ont participé à l'élaboration de la version finale de même qu'à son approbation en vue de la publication. RCS, SVR, STM, JSR, PVCB, RIW et SJM: Responsables de tous les aspects du travail, ils se sont assurés que les questions liées à l'exactitude ou à l'intégrité de toute partie du travail ont fait l'objet d'une enquête adéquate et ont été résolues.

Références :

- Berkowitz RJ. Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective. *J Can Dent Assoc.* 2003;69:304-307.
- Weinstein P. Public health issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998;26(supl):84-90.
- Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res.* 2013;92:592-597.
- Pitts N, Baez R, Diaz-Guallory C. Early childhood caries: IAPD Bangkok declaration. *Int J Paediatr Dent.* 2019;29(3):384-386.
- Kassebaum NJ, Smith A, Bernabé E, 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;96:380-387.
- Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ.* 2005;83:661-669.
- Azevedo TDPL, Bezerra ACB, Toledo OA. Feeding habits and severe early childhood caries in Brazilian preschool children. *Pediatr Dent.* 2005;27:28-33.
- Cadavid AS, Lince CMA, Jaramillo MC. Dental caries in the primary dentition of a Colombian population according to the ICDAS criteria. *Braz Oral Res.* 2010;24:211-216.
- Mishra P, Fareed N, Battur H, Khanagar S, Bhat MA, Palaniswamy J. Role of fluoride varnish in preventing early childhood caries: a systematic review. *Dent Res J.* 2017;14:169-176. <http://www.drijournal.net/text.asp?2017/14/3/169/208766>
- Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. Global economic impact of dental diseases. *J Dent Res.* 2015;94:1355-1361.
- Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res.* 2015;94:650-658.
- Kramer PF, Feldens CA, Helena Ferreira S, Bervian J, Rodrigues PH, Peres MA. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41:327-335.
- Casamassimo PS, Thikkurissy S, Edelstein BL, Maiorini E. Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries. *J Am Dent Assoc.* 2009;140:650-657.
- Thomson WM, Poulton R, Milne BJ, Caspi A, Broughton JR, Ayers KMS. Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004;32:345-353.
- Li Y, Wang W. Predicting caries in permanent teeth from caries in primary teeth: an eight-year cohort study. *J Dent Res.* 2002;81:561-566.
- Chedid NR, Bourgeois D, Kaloustian H, Baba NZ, Piliplili C. Caries prevalence and caries risk in a sample of Lebanese preschool children. *Odontostomatol Trop.* 2011;34:31-45.
- Tinanoff N. Current understanding of the epidemiology mechanisms, and prevention of dental caries in preschool children. *Pediatr Dent.* 2002;24:543-551.
- Ismail AI. Prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998;26(S1):49-61.
- Pitts N, Amaechi B, Niederman R, et al. Global oral health inequalities: dental caries task group-research agenda. *Adv Dent Res.* 2011;23:211-220.
- Ammari JB, Baqain ZH, Ashley PF. Effects of programs for prevention of early childhood caries: A systematic review. *Med Princ Pract.* 2007;16:437-442.
- Carvalho DM, Salazar M, Oliveira BH, Coutinho ESF. Fluoride varnishes and decrease in caries incidence in preschool children: a systematic review. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13:139-149.
- Chou R, Cantor A, Zakher B, Mitchell JP, Pappas M. Preventing dental caries in children <5 years: systematic review updating USPSTF recommendation. *Pediatrics.* 2013;132:332-350.
- Abou El Fadl R, Blair M, Hassounah S. Integrating maternal and children's oral health promotion into nursing and midwifery practice - a systematic review. *PLoS One.* 2016;11:e0166760.
- Oussy MG, Waters EG, Walsh O, Kilpatrick NM. Early childhood caries: current evidence for aetiology and prevention. *J Paediatr Child Health.* 2006;42:37-43.
- Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ.* 2017;358:1-8.
- Kawashita Y, Kitamura M, Saito T. Early childhood caries. *Int J Dent.* 2011;2 011:1-7.
- Pollock M, Fernandes RM, Pieper D, et al. Preferred Reporting Items for Overviews of Reviews (PRIOR): a protocol for development of a reporting guideline for overviews of reviews of healthcare interventions. *BMC.* 2019;8(335). <https://doi.org/10.1186/s1364-3-019-1252-9>
- Whiting P, Savovi J, Higgins JPT, et al. ROBIS: a new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *J Clin Epidemiol.* 2016;69:225-234.
- Bhaskar Y, McGraw KA, Divaris K. The importance of preventive dental visits from a young age: systematic review and current perspectives. *Clinical, Cosmetic and Investigation. Dentistry.* 2014;6:21-27.
- Twetman S, Dhar Y. Evidence of effectiveness of current therapies to prevent and treat early childhood caries. *Pediatr Dent.* 2015;37:246-253.
- Takahashi R, Ota E, Hoshi K, et al. Fluoride supplementation (with tablets, drops, lozenges or chewing gum) in pregnant women for preventing dental caries in the primary teeth of their children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;10. Art. No.: CD011850. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011850>
- Wright JT, Hanson N, Ristic H, Whall CW, Estrich CG, Zentz RR. Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years. *J Am Dent Assoc.* 2014;145:18 2-189.
- Henry JA, Muthu MS, Swaminathan K, Kirubakaran R. Do oral health educational programmes for expectant mothers prevent early childhood caries? - a systematic review. *Oral Health Prev Dent.* 2018;15:215-221.
- George A, Sousa MS, Kong AC, et al. Effectiveness of preventive dental programs offered to mothers by non-dental professionals to control early childhood dental caries: a review. *BMC Oral Health.* 2019;19:172.
- Xiao J, Alkher N, Kopycka-Kedzierawski D, et al. Prenatal oral health care and early childhood caries prevention: a systematic review and meta-analysis. *Caries Res.* 2019;53:411-421.
- Riggs E, Kilpatrick N, Slack-Smith L, et al. Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019;11. Art. No.: CD012155. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012155.pub2>
- Calonge N. Prevention of dental caries in preschool children recommendations and rationale. *Am Fam Physician.* 2004;26:326-329.
- Petti S. Why guidelines for early childhood caries prevention could be ineffective amongst children at high risk. *J Dent.* 2010;38:946-955.
- Santos APP, Oliveira BH, Nadanovsky P. Effects of low and standard fluoride toothpastes on caries and fluorosis: Systematic review and meta-analysis. *Caries Res.* 2013;47:382-390.
- Santos APP, Nadanovsky P, Oliveira BH. A systematic review and meta-analysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. *Evid Based Dent.* 2013;41:1-12.
- Banzi R, Cinquini M, Gonzalez-Lorenzo M, Pecoraro V, Capobussi M, Minozzi S. Quality assessment versus risk of bias in systematic reviews: AMSTAR and ROBIS had similar reliability but differed in their construct and applicability. *J Clin Epidemiol.* 2018;99:24-32.
- Petti S, Cairella G, Tarsitani G. Rampant early childhood dental decay: an example from Italy. *J Public Health Dent.* 2000;60:159-166.
- Thitasomakul S, Piwat S, Thearmentree A, Chankanka O, Pithpornchaiyakul W, Madyusoh S. Risks for early childhood caries analyzed by negative binomial models. *J Dent Res.* 2009;88:137-141.
- Avila WM, Pordeus IA, Paiva SM, Martins CC. Breast and bottle feeding as risk factors for dental caries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(11):e0142922.
- Cui L, Li X, Tian Y, et al. Breastfeeding and early childhood caries: a meta-analysis of observational studies. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2017;26:867-880.
- Peres KG, Nascimento GG, Peres MA, et al. Impact of prolonged breastfeeding on dental caries: a population-based birth cohort study. *Pediatrics.* 2017;140:e20162943.
- Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health.* 2004;21(suppl):71-85.
- Hooley M, Skouteris H, Bogatin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *J Dent.* 2012;40:873-885.
- Leong PM, Gussy MG, Barrow S-YL, de Silva-Sanigorski A, Waters E. A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries. *Int J Paediatr.* 2013;23:235-250.

ANNEXE 1: Stratégies de recherche utilisées pour interroger les bases de données:

Bases de données	Stratégie
Bases de données en ligne consultées jusqu'en juillet 2018	
<p>PubMed/MEDLINE 220 articles</p>	<p>N° 1: (child[Titre/Résumé] OU 'child'[Termes MeSH]) OU children[Titre/Résumé] OU 'child'[Termes MeSH]) OU infant[Titre/Résumé] OU 'infant'[Termes MeSH]) OU toddlers[Titre/Résumé] OU child preschool[Titre/Résumé] OU preschool[Titre/Résumé])</p> <p>N° 2: ('Health Services Accessibility' [Titre/Résumé] OU 'Health Services Accessibility'[Termes MeSH]) OU 'Health Promotion'[Titre/Résumé] OU «Health Promotion'[Termes MeSH]) OU 'Acidulated Phosphate Fluoride'[Titre/Résumé] OU 'Acidulated Phosphate Fluoride'[Termes MeSH]) OU Fluorides[Titre/Résumé] OU 'fluorides'[Termes MeSH]) OU Xylitol[Titre/Résumé] OU 'xylitol'[Termes MeSH]) OU 'Breast Feeding'[Titre/Résumé] OU 'Breast Feeding'[Termes MeSH]) OU 'oral health education' [Titre/Résumé] OU 'preventive dentistry'[Titre/Résumé] OU 'preventive dentistry'[Termes MeSH]) OU 'primary prevention'[Titre/Résumé] OU 'secondary prevention'[Termes MeSH]) OU 'secondary prevention'[Titre/Résumé] OU prevention[Titre/Résumé] OU 'control groups'[Termes MeSH]) OU control[Titre/Résumé] OU 'program development'[Termes MeSH]) OU 'program development'[Titre/Résumé] OU 'topical fluorides'[Titre/Résumé] OU 'oral hygiene'[Termes MeSH]) OU 'oral hygiene'[Titre/Résumé] OU 'sealant'[Titre/Résumé])</p> <p>N° 3: ('dental caries'[Titre/Résumé] OU 'dental caries' [Termes MeSH]) OU 'early childhood caries'[Titre/Résumé] OU 'nursing caries'[Titre/Résumé] OU 'rampant caries'[Titre/Résumé] OU 'tooth decay' [Titre/Résumé] OU 'dental decay'[Titre/Résumé] OU 'nursing bottle caries' [Titre/Résumé] OU 'tooth caries' [Titre/Résumé] No 4: (meta-analysis[Titre/Résumé] OU 'meta-analysis as topic'[Termes MeSH]) OU 'this systematic review'[Titre/Résumé] OU 'meta-analysis'[Titre/Résumé] OU 'systematic review' [Titre/Résumé] OU 'umbrella review' [Titre/Résumé] OU 'overview' [Titre/Résumé]) No 1 ET No 2 ET No 3 ET No 4</p>
<p>Scopus 200 articles</p>	<p>N° 1: (TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>child</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>child preschool</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>preschool</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>infant oral health</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>toddlers</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>children</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>infancy</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>toddler</i>)</p> <p>No 2: (TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>Health Services Accessibility</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>Health Promotion</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>Acidulated Phosphate Fluoride</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>fluorides</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>xylitol</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>Breast Feeding</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>oral health education</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>preventive dentistry</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>primary prevention</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>secondary prevention</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>prevention</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>topical fluorides</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>control</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>program development</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>oral hygiene</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>sealant</i>)</p> <p>N° 3: ((TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>dental caries</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>early childhood caries</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>nursing caries</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>rampant caries</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>decay</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>tooth decay</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>nursing bottle caries</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>primary dentition</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>tooth caries</i>)</p> <p>N° 4: (TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ('meta-analysis') OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ('meta-analysis') OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ('meta-analyse') OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ('meta analysed') OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ('meta analysen') OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ('meta analyser') OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ('meta analysers') OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ('meta analyses') OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ('meta analysis') OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ('meta analyze') OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ('meta analyzes') OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ('meta analyzing') OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ('meta synthesis') OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ('meta-analysis') OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ('systematic literature review') OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ('systematic review') OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ('umbrella review') OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (metaanalysis) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (review) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (overview's) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (overviews) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (overviews) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (overviewses)</p> <p>Filtres: type de document (Article, Article in Press) N° 1 ET N° 2 ET N° 3 ET N° 4</p>
<p>LILACS (Biblioteca Virtual em Saúde) 221 articles</p>	<p>(MH: Child OU Niño OU Criança OU 'Child, Preschool' OU Preescolar OU 'Pré-Escolar' 'Child, Preschool' OU Preescolar OU 'Pré-Escolar') ET (MH: 'Dental Caries' OU 'Caries Dental' OU 'Cárie Dentária' OU 'Tooth, Deciduous' OU 'Diente Primario' OU 'Dente Decíduo') ET (MH: 'Assistência Odontológica para Crianças' OU 'Health Services Accessibility' OU 'Accesibilidad a los Servicios de Salud' OU 'Acesso aos Serviços de Saúde' OU 'Oral Health' OU 'Salud Bucal' OU 'Saúde Bucal' OU 'Health Education' OU 'Educação em Saúde' OU 'Educação em Saúde' OU 'Health Promotion' OU 'Promoción de la Salud' OU 'Promoção da Saúde' OU 'Preventive Dentistry' OU 'Odontologia Preventiva' OU 'Odontologia Preventiva' OU 'Primary Prevention' OU 'Prevenção Primária' OU 'Prevenção Primária' OU 'Secondary Prevention' OU 'Prevenção Secundária' OU 'Acidulated Phosphate Fluoride' OU 'Fluoruro de Fosfato Acidulado' OU 'Fluoreto de Fosfato Acidulado' OU 'Oral Hygiene' OU 'Higiene Bucal' OU Fluorides OU Fluoruros OU Fluoretos OU Xylitol OU Xilitol OU 'Motivational Interviewing' OU 'Entrevista</p> <p>Motivacional' OU 'Entrevista Motivacional' OU 'Program Development' OU 'Desarrollo de Programa' OU 'Desenvolvimento de Programas' OU 'Breast Feeding' OU 'Lactancia Materna') ET (MH: 'Meta-Analysis as Topic' OU 'Metaanálisis coma Asunto' OU 'Metanálise coma Assunto' OU Review OU Revisión OU Revisão)</p>

Bases de données	Stratégie
<p>Web of Science 244 articles</p> <p>Index = Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED). Social Sciences Citation (SSCI) Arts & Humanities Citation Index (A&HCI) Conference Proceedings Citation Index - Science (CPCI-S) Conference Proceedings Citation Index Social Sciences & Humanities (CPCI-SSH) Emerging Sources Citation Index (ESCI) Emerging Sources Citation Index (ESCI)</p>	<p>N° 1: TS="child OU TS="child preschool" OU TS=preschool OU TS="infant oral health" OU TS=toddler* OU TS=infancy</p> <p>N° 2: TS="Acidulated Phosphate Fluoride" OU TS="Health Promotion" OU TS="Health Services Accessibility" OU TS=xylitol OU TS="oral health education" OU TS="oral health" OU TS="preventive dentistry" OU TS="primary prevention" OU TS="secondary prevention" OU TS="prevention and control" OU TS="prevention OU TS=control OU TS=fluorid OU TS="topical fluorides" OU TS="oral hygiene" OU TS=sealant OU TS="program development" OU TS="Breast ET Feed" OU TS="Breast Feeding"</p> <p>N° 3: TS="dental caries" OU TS="early childhood caries" OU TS="nursing caries" OU TS="rampant caries" OU TS="decay" OU TS="tooth decay" OU TS="nursing bottle caries" OU TS="primary dentition" OU TS="tooth caries"</p> <p>N° 4 TS="meta analysi" OU TS="meta analysas" OU TS="meta analyse" OU TS="meta analysed" OU TS="meta analysen" OU TS="meta analyser" OU TS="meta analysers" OU TS="meta analyses" OU TS="meta analysis" OU TS="meta analyze" OU TS="meta analyzes" OU TS="meta analyzing" OU TS="meta synthesis" OU TS="meta-analysis" OU TS="systematic literature review" OU TS="systematic review" OU TS="umbrella review" OU TS=metaanalysis OU TS=review OU</p> <p>TS=overview's OU TS=overviews OU TS=overviews</p> <p>N° 1 ET N° 2 ET N° 3 ET N° 4</p>
<p>SciELO (25 articles)</p>	<p>(child OU niño OU criança OU 'Child, Preschool' OU preescolar OU 'Pré-Esco lar' 'Child, Preschool' OU preescolar OU 'Pré-Escolar') ET ('Dental Caries' OU 'caries dental' OU 'Cárie Dentária' OU</p> <p>'Tooth, Deciduous' OU 'Diente Primario' OU 'Dente Decíduo') ET ('Assistência Odontológica para Crianças' OU 'Health Services Accessibility' OU 'Accesibilidad a los Servicios de Salud' OU 'Acesso aos Serviços de Saúde' OU 'Oral Health' OU 'Salud Bucal' OU 'Saúde Bucal' OU 'Health Education' OU 'Educação em Salud' OU 'Educação em Saúde' OU 'Health Promotion' OU 'Promoción de la Salud' OU 'Promoção da Saúde' OU 'Preventive</p> <p>Dentistry' OU 'Odontologia Preventiva' OU 'Odontologia Preventiva' OU 'Primary Prevention' OU 'Prevención Primaria' OU</p> <p>'Prevenção Primária' OU 'Secondary Prevention' OU 'Prevención Secundaria' OU 'Acidulated Phosphate Fluoride' OU 'Fluoruro de Fosfato Acidulado' OU</p> <p>'Fluoreto de Fosfato Acidulado' OU 'Oral Hygiene' OU 'Higiene Bucal' OU fluorides OU fluoruros OU fluoretos OU xylitol OU xilitol OU 'Diet, Cariogenic' OU 'Dieta Cariogéna' OU 'Dieta Cariogénica' OU 'Motivational Interviewing' OU 'Entrevista Motivacional' OU 'Entrevista Motivacional' OU 'Program Development' OU 'Desarrollo de Programa' OU 'Desenvolvimento de Programas' OU 'Breast Feeding' OU 'Lactancia Materna') ET ('Meta-Analysis as Topic' OU 'Metaanálisis como</p> <p>Asunto' OU 'Metanálise como Assunta' OU review OU revisión OU revisão)</p>
<p>Cochrane Database of Systematic Reviews 38 articles</p>	<p><i>child or children or 'child preschool' or preschool or if(fancy or pediatrics or toddlers in Title, Abstract, Keywords in Title, Abstract, Keywords and 'd ental health services' or 'oral health education' or 'preventive dentistry' or 'preventive dentistry' or 'primary prevention' or prevention or 'oral hygiene' or 'program development' or 'breast feed' in Title, Abstract, Keywords in Title, Abstract, Keywords and 'dental caries' or 'ea rly childhood caries' or 'nursing caries' or 'rampant caries' or 'teeth' or 'decay' or 'tooth decay' or 'dental decay' or d111ft or 'nursing boule caries' or 'primary dentition' in Title, Abstract, Keywords in Title, Abstract, Keywords and 'me ta analysable' or 'me ta analysis' or 'meta analysas' or 'me/a analyse' or 'me ta analysed' or 'me ta analysei' or 'meta analysen' or 'meta analyser' or 'me ta analysers' or 'meta analyses' or 'meta analysespublication' or 'meta analysestype' or 'meta analysi' or 'meta analys ia' or 'meta analytic' or 'meta analysing' or 'meta analys is' or 'meta analysis' or 'meta analysisdagger' or 'meta analyses' or 'meta analysisevaluating' or 'meta analysisindicated' or 'meta analysisintroduction' or 'meta analysi jr' or 'meta analysismode rate' or 'meta analyst' or 'meta analyticians' or 'meta analyses' or 'meta analysys' or 'meta analytic' or 'meta analytical' or 'meta analytically' or 'meta analytics' or 'meta analyzable' or 'meta analyze' or 'meta analyzes' or 'meta-analysis' or 'systematic literatu re review' or 'systematic review' or 'tlús systematic review' or 'wnbrella review' or metaanalysis or review or overviewer or overviews</i></p> <p><i>Filters: Cochrane Reviews, Other Reviews.</i></p>

Bases de données	Stratégie
------------------	-----------

Bases de données en ligne consultées jusqu'en juillet 2020

PubMed/MEDLINE 173 articles	<p>N° 1: Recherche (child[Termes MeSH]) OU child[Titre] OU child[Résumé] OU children[Titre] OU children[Résumé] OU infant[Termes MeSH] OU infant[Résumé] OU infant[Titre] OU toddlers[Résumé] OU toddlers[Titre] OU 'child preschool'[Résumé] OU preschool[Résumé] OU preschool[Titre])</p> <p>N° 2: (Health Services Accessibility[Termes MeSH]) OU Health Promotion[Termes MeSH])</p> <p>OU 'Health Promotion'[Titre] OU 'Health Promotion'[Résumé] OU Acidulated Phosphate Fluoride[Termes MeSH]) OU 'Acidulated Phosphate Fluoride'[Titre] OU 'Acidulated Phosphate Fluoride'[Résumé] OU Fluorides[Termes MeSH]) OU Fluorides[Titre] OU Fluorides[Résumé] OU xylitol[Termes MeSH]) OU xylitol[Titre] OU xylitol[Résumé] OU Breast Feeding[Termes MeSH]) OU 'Breast Feeding'[Titre] OU 'Breast Feeding'[Résumé] OU oral health education[Termes MeSH]) OU 'oral health education'[Titre] OU 'oral health education'[Résumé] OU preventive dentistry[Termes MeSH]) OU 'preventive dentistry'[Titre] OU 'preventive dentistry'[Résumé] OU primary prevention[Termes MeSH])</p> <p>OU 'primary prevention'[Titre] OU primary prevention[Résumé] OU secondary prevention[Termes MeSH]) OU 'secondary prevention'[Titre] OU 'secondary prevention'[Résumé] OU program development[Termes MeSH]) OU</p> <p>'program development'[Titre] OU 'program development'[Résumé] OU topical fluorides[Termes MeSH]) OU 'topical fluorides'[Titre] OU 'topical fluorides'[Résumé] OU oral hygiene[Termes MeSH]) OU 'oral hygiene'[Titre] OU 'oral hygiene'[Résumé] OU Acidulated Phosphate Fluoride[Termes MeSH]) OU 'Acidulated Phosphate Fluoride'[Titre] OU 'Acidulated Phosphate Fluoride'[Résumé] OU Fluorides Termes[MeSH]) OU Fluorides[Titre] OU Fluorides[Résumé] OU xylitol[Termes MeSH]) OU xylitol[Titre] OU xylitol[Résumé] OU Breast Feeding[Termes MeSH]) OU 'Breast Feeding'[Titre] OU 'Breast Feeding'[Résumé] OU oral health education[Termes MeSH]) OU 'oral health education'[Titre] OU 'oral health education'[Résumé] OU preventive dentistry[Termes MeSH]) OU 'preventive dentistry'[Titre] OU 'preventive dentistry'[Résumé] OU primary prevention[Termes MeSH]) OU 'primary prevention'[Titre] OU primary prevention[Résumé] OU secondary prevention[Termes MeSH]) OU 'secondary prevention'[Titre] OU 'secondary prevention'[Résumé] OU program development[Termes MeSH]) OU 'program development'[Titre] OU 'program development'[Résumé] OU topical fluorides[Termes MeSH]) OU 'topical fluorides'[Titre] OU 'topical fluorides'[Résumé] OU oral hygiene[Termes MeSH]) OU 'oral hygiene'[Titre] OU 'oral hygiene'[Résumé]</p> <p>N° 3: (dental caries[Termes MeSH]) OU dental caries[Titre] OU dental caries[Résumé] OU 'early childhood caries'[Résumé] OU 'early childhood caries'[Titre] OU 'rampant caries'[Résumé] OU 'rampant caries'[Titre] OU 'tooth decay'[Titre] OU 'tooth decay'[Résumé] OU 'dental decay'[Titre] OU 'dental decay'[Résumé] OU 'tooth caries'[Titre])</p> <p>N° 4: (meta-analysis[Termes MeSH]) OU 'meta-analysis'[Titre] OU 'meta-analysis'[Résumé] OU meta-analysis as topic[Termes MeSH]) OU 'systematic review'[Titre] OU 'systematic review'[Résumé] OU 'umbrella review'[Titre] OU 'umbrella review'[Résumé] OU overview[Titre] OU overview[Résumé])</p> <p>Filtres: Date de publication entre le 1er juillet 2018 et le 1er juillet 2020</p> <p>N° 1 ET N° 2 ET N° 3 ET N° 4</p>
--------------------------------	--

Bases de données en ligne consultées jusqu'en juillet 2018

Scopus 81 articles	<p>N° 1: ((TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>child</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'child preschool'</i>) TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>preschool</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'infant oral health'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>toddlers</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>children</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>infancy</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>toddler</i>)</p> <p>N° 2: (TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'Health Services Accessibility'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'Health Promotion'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'Acidulated Phosphate Fluoride'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>fluorides</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>xylitol</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'Breast Feeding'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'oral health education'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'preventive dentistry'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'primary prevention'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'secondary prevention'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>prevention</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'topical fluorides'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'program development'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'oral hygiene'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>sealant</i>)</p> <p>N° 3: (TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'dental caries'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'early childhood caries'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'nursing caries'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'rampant caries'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'decay'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'tooth decay'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'nursing bottle caries'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'primary dentition'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'tooth caries'</i>)</p> <p>N° 4: (TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'meta-analysis'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'meta-analyse'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'meta analysed'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'meta-analysen'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'meta analyser'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'meta analysers'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'meta analyses'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'meta analyze'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'meta analyzing'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'meta synthesis'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'meta-analysis'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'systematic literature review'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'systematic review'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>'umbrella review'</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>metaanalysis</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>overview's</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>overview's</i>) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ (<i>overviews</i>) ET (LIMIT-TO (PUBYEAR, 2020) OU LIMIT-TO (PUBYEAR, 2019) OU LIMIT-TO (PUBYEAR, 2018)</p> <p>N° 1 ET N° 2 ET N° 3 ET N° 4</p>
-----------------------	--

Bases de données	Stratégie
Bases de données en ligne consultées jusqu'en juillet 2018	
<p>LILACS (Biblioteca Virtual em Saúde)</p> <p>98 articles</p>	<p>(MH: Child OU Niño OU Criança OU 'Child, Preschool' OU Preescolar OU 'Pré-Escolar' 'Child, Preschool' OU Preescolar OU 'Pré-Escolar') ET (MH: 'Dental Caries' OU 'Caries Dental' OU 'Cárie Dentária' OU 'Tooth, Deciduous' OU 'Diente Primario' OU 'Dente Deciduo') ET (MH: 'Assistência Odontológica para Crianças' OU 'Health Services Accessibility' OU 'Accesibilidad a los Servicios de Salud' OU 'Acesso aos Serviços de Saúde' OU 'Oral Health' OU 'Salud Bucal' OU 'Saúde Bucal' OU 'Health Education' OU 'Educación en Salud' OU 'Educação em Saúde' OU 'Health Promotion' OU 'Promoción de la Salud' OU 'Promoção da Saúde' OU 'Preventive Dentistry' OU 'Odontología Preventiva' OU 'Odontologia Preventiva' OU 'Primary Prevention' OU 'Prevenção Primária' OU 'Prevenção Primária' OU 'Secondary Prevention' OU 'Prevenção Secundária' OU 'Acidulated Phosphate Fluoride' OU 'Fluoruro de Fosfato Acidulado' OU 'Fluoreto de Fosfato Acidulado' OU 'Oral Hygiene' OU 'Higiene Bucal' OU Fluorides OU Fluoruros OU Fluoretos OU Xylitol OU Xilitol OU 'Motivational Interviewing' OU 'Entrevista Motivacional' OU 'Entrevista Motivacional' OU 'Program Development' OU 'Desarrollo de Programa' OU 'Desenvolvimento de Programas' OU 'Breast Feeding' OU 'Lactancia Materna') ET (MH: 'Meta-Analysis as Topic' OU 'Metaanálisis como Asunto' OU 'Metanálise como Assunto' OU Review OU Revisión OU Revisão)</p>
<p>Web of Science</p> <p>92 articles</p> <p>Indexes=Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED), Social Sciences Citation (SSCI) Arts & Humanities Citation Index (A&HCI) Conference Proceedings Citation Index - Science (CPCI-S) Conference Proceedings Citation Index Social Sciences & Humanities (CPCI-SSH) Emerging Sources Citation Index (ESCI)</p>	<p>TS n° 1='child OU TS='child preschool' OU TS=preschool OU TS='infant oral health OU TS=toddler* OU TS=infancy</p> <p>TS n° 2=TS=dentist* OU TS=exams OU TS='oral health education' OU TS='oral health OU TS='preventive dentistry' OU TS='primary prevention' OU TS='secondary prevention' OU TS='prevention and control' OU TS=prevention OU TS=control OU TS=fluorid OU TS='topical fluorides' OU TS='oral hygiene' OU TS=sealant OU TS='motivationalinterviewing' OU TS='program development' OU TS='Breast ET Feed' OU TS='Breast Feeding'</p> <p>TS n° 3= 'dental caries' OU TS='early childhood caries' OU TS='nursing caries' OU TS='rampant caries' OU TS='decay'OU TS='tooth decay' OU TS='nursing bottle caries' OU TS='primary dentition' OU TS='tooth caries'</p> <p>TS n° 4='meta analysis' OU TS='meta analysas' OU TS='meta analyse' OU TS='meta analysed' OU TS='meta analysen' Arts OU TS='meta analyser' OU TS='meta analysers' OU TS='meta analyses' OU TS='meta analysis' OU TS='meta analyze'OU TS='meta analyzes' OU TS='meta analyzing' OU TS=' meta synthesis' OU TS='metaanalysis' OU TS='systematic literature review' OU TS='systematic review' OU TS='umbrella review' OU TS=metaanalysis OU TS=review ConferenceOU TS=overview's OU TS=overviews OU TS=overviews</p> <p>Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado = 2018-2020</p> <p>N° 4 ET N°3 ET N°2 ET N°1</p>
<p>SciELO</p> <p>6 articles</p>	<p>(child OU niño OU criança OU 'Child, Preschool' OU preescolar OU 'Pré-Escolar' 'Child, Preschool' OU preescolar OU 'Pré-Escolar') ET ('Dental Caries' OU 'caries dental' OU 'Cárie Dentária' OU 'Tooth, Deciduous' OU 'Diente Primario' OU 'Dente Deciduo') ET ('Assistência Odontológica para Crianças' OU 'Health Services Accessibility' OU 'Accesibilidad a los Servicios de Salud' OU 'Acesso aos Serviços de Saúde' OU 'Oral Health' OU 'Salud Bucal' OU 'Saúde Bucal' OU 'Health Education' OU 'Educación en Salud' OU 'Educação em Saúde' OU 'Health Promotion' OU 'Promoción de la Salud' OU 'Promoção da Saúde' OU 'Preventive Dentistry' OU 'Odontolog a Preventiva' OU 'Odontologia Preventiva' OU 'Primary Prevention' OU 'Prevenção Primária' OU 'Prevenção Primária' OU 'Secondary Prevention' OU 'Prevenção Secundária' OU 'Acidulated Phosphate Fluoride' OU 'Fluoruro de Fosfato Acidulado' OU 'Fluoreto de Fosfato Acidulado' OU 'Oral Hygiene' OU 'Higiene Bucal' OU fluorides OU fluoruros OU fluoretos OU xylitol OU xilitol OU 'Diet, Cariogenic' OU 'Dieta Cariogena' OU 'Dieta Cariogénica' OU 'Motivational Interviewing' OU 'Entrevista Motivacional' OU 'Entrevista Motivacional' OU 'Program Development' OU 'Desarrollo de Programa' OU 'Desenvolvimento de Programas' OU 'Breast Feeding' OU 'Lactancia Materna') ET ('Meta-Analysis as Topic' OU 'Metaanálisis como Asunto' OU 'Metanálise como Assunto' OU review OU revisión OU revisão) ET year_ cluster: ('2018', '2019', '2020')</p>
<p>Cochrane Database of Systematic Reviews</p> <p>35 articles</p>	<p>'child ou children ou 'child preschool' ou preschool ou infancy ou pediatrics ou toddlers dans le titre, le résumé, les mots-clés, et 'dental health services' ou 'oral health education' ou 'preventive dentistry' ou 'preventive dentistry' ou 'primary prevention' ou prevention ou 'oral hygiene' ou 'program development' ou 'breastfeed' dans le titre, le résumé, les mots-clés, et 'dental caries' ou 'early childhood caries' ou 'nursing caries' ou 'rampant caries' ou 'teeth' ou 'decay' ou 'tooth decay' ou 'dental decay' ou dnift ou 'nursing bottle caries' ou 'primary dentition' dans le titre, le résumé, les mots-clés, et 'meta analysable' ou 'meta analysis' ou 'meta analysas' ou 'meta analyse' ou 'meta analysed' ou 'meta analysei' ou 'meta analysen' ou 'meta analyser' ou 'meta analysers' ou 'meta analyses' ou 'meta analysespublication' ou 'meta analysestype' ou 'meta analysi' ou 'meta analysia' ou 'meta analysis' ou 'meta analysing' ou 'meta analysis' ou 'meta analysis' ou 'meta analysisdagger' ou 'meta analyses' ou 'meta analysisevaluating' ou 'meta analysisindicated' ou 'meta analysisintroduction' ou 'meta analysisjr' ou 'meta analysisimoderate' ou 'meta analyst' ou 'meta analyticians' ou 'meta analysts' ou 'meta analysis' ou 'meta analytic' ou 'meta analytical' ou 'meta analytically' ou 'meta analytics' ou 'meta analyzable' ou 'meta analyze' ou 'meta analyzes' ou 'meta-analysis' ou 'systematic literature review' ou 'systematic review' ou 'this systematic review' ou 'umbrella review' ou metaanalysis ou review ou overview ou overviews</p> <p>Filtres: revues systématiques Cochrane dont la date de publication dans la Cochrane Library est comprise entre juillet 2018 et juillet 2020</p>

ANNEXE 2

Étude	Motif d'exclusion
Liste des études exclues après leur lecture intégrale jusqu'en juillet 2018	
Bader JD, Shugars DA, Bonito AJ. A systematic review of selected caries prevention and management methods. <i>Community Dent Oral Epidemiol</i> 2001;29:399-411.	Paramètre principal évalué: dents permanentes
Lenzi TL, Montagner AF, Soares FZM, Rocha RO. Are topical fluorides effective for treating incipient carious lesions? A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of the American Dental Association</i> 2016;147:84-91.	Paramètre principal évalué: dents permanentes
Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2003;4:36-37.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adolescents)
Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H, Holm AK, Kallestål C, Lagerlof F, Lingstrom P <i>et al.</i> Caries preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review. <i>Acta odontologica Scandinavica</i> 2003;61:347-355.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adolescents)
Walsh T, Oliveira-Neto JM, Moore D. Chlorhexidine treatment for the prevention of dental caries in children and adolescents. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2015; 4.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adolescents)
Marinho VCC, Higgins JPT, Sheiham A, Logan S. Combinations of topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels, varnishes) versus single topical fluoride for preventing dental caries in children and adolescents. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2004; 1.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adolescents)
Silva AM, Hegde S, Akudo Nwagbara B, Calache H, Gussy MG, Nasser M, Morrice HR, Riggs E, Leong PM, Meyenn LK, Yousefi-Nooraie R. Community-based population-level interventions for promoting child oral health. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2016;12.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adolescents)
Skeie MS, Klock Kristin S. Dental caries prevention strategies among children and adolescents with immigrant - or low socioeconomic backgrounds- do they work? A systematic review. <i>BMC oral health</i> . 2018;18.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adolescents)
Hanioka T, Ojima M, Tanaka K, Yamamoto Mito. Does Secondhand Smoke Affect the Development of Dental Caries in Children? A Systematic Review. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> 2011;8.	Paramètre principal évalué: dents permanentes
Kawashita Y, Kitamura M, Saito T. Early Childhood Caries. <i>International Journal of Dentistry</i> 2011.	Autre type de revue (revue non systématique)
Anil S, Anand PS. Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. <i>Frontiers in Pediatrics</i> 2017;5.	Autre type de revue (revue non systématique)
Axelsson S, Soder B, Nordenram G, Peterson LG, Dahlgren H, Norlund A. <i>et al.</i> Effect of combined caries-preventive methods: a systematic review of controlled clinical trials. <i>Acta Odontol Scand</i> 2004; 62:163-169.	Paramètre principal évalué: dents permanentes
Marghalani AA., Guinto E, Phan M, Dhar V, Tinanoff N. Effectiveness of Xylitol in Reducing Dental Caries in Children. <i>Pediatric dentistry</i> 2017;39:103-10.	Paramètre principal évalué: personnes âgées de 18 ans ou moins
Santos APP, Oliveira BH, Nadanovsky P. Effects of Low and Standard Fluoride Toothpastes on Caries and Fluorosis: Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Caries Research</i> 2013;47:382-90.	Paramètre principal évalué: fluorose
Marinho VC, Worthington HV, Walsh T, Chong LY. Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2015;6.	Paramètre principal évalué: personnes âgées de 16 ans ou moins
Tubert-Jeannin S, Auclair C, Amsallem E, Tramini P, Gerbaud L, Ruffieux C, Schulte AG, Koch MJ, Rège Walther M, Ismail A. Fluoride supplements (tablets, drops, lozenges or chewing gums) for preventing dental caries in children. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2011;12.	Paramètre principal évalué: personnes âgées de 16 ans ou moins
Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2003;4.	Paramètre principal évalué: personnes âgées de 16 ans ou moins
Gao SS, Zhao IS, Hiraishi N, Duangthi D, Mei ML, Lo ECM, Chu CH. Clinical trials of silver diamine fluoride in arresting caries among children: A systematic review. <i>Journal of EvidenceBased Dental Practice</i> 2017;17:265-67.	Paramètre principal évalué: dents permanentes

Étude	Motif d'exclusion
Gao X, Chin Man Lo E, Kot SCC, Chan KCW. Motivational Interviewing in Improving Oral Health: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. <i>Journal of periodontology</i> 2014;85:426-437.	Paramètre principal évalué (santé parodontale)
Marinho VCC, Higgins JPT, Sheiham A, Logan S. One topical fluoride (toothpastes, or mouthrinses, or gels, or varnishes) versus another for preventing dental caries in children and adolescents (Review). <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2009;1.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adolescents)
Cooper AM, O'Malley LA, Elison SN, Armstrong R, Burnside G, Adair P <i>et al.</i> Primary schoolbased behavioural interventions for prevention caries. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2013;31.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adolescents)
Vamos CA, Thompson EL, Avendano M, Daley EM, Quinonez RB, Boggess K. Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. <i>Community Dent Oral Epidemiol</i> 2015;43:385-396.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (femmes enceintes)
Prevention and management of dental decay in the pre-school child. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) 2006.	Autre type de revue
Twetman S. Prevention of Early Childhood Caries (ECC) - Review of literature published 1998-2007. <i>European Archives of Paediatric Dentistry</i> 2008;9.	Autre type de revue (revue non systématique)
Hawkins R, Locker D, Noble J, Kay J. Prevention. Part 7: Professionally applied topical fluorides for caries prevention. <i>British Dental Journal</i> 2003;195.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adultes)
Pettersson LG, Twetman S, Dahlgren H, Norlund A, Holm A-K, Nordenram G, <i>et al.</i> Professional fluoride varnish treatment for caries control: A systematic review of clinical trials. 2004;62:170-76.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adultes)
Weyant RJ. Seven systematic reviews confirm topical fluoride therapy is effective in preventing dental caries. <i>Journal of Evidence-Based Dental Practice</i> 2004;4:129-35.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adolescents)
Chibinski AC, Wambier LM, Feltrin J, Loguercio AD, Wambier DS, Reis A. Silver Diamine Fluoride Has Efficacy in Controlling Caries Progression in Primary Teeth: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Caries Res</i> 2017;51:527-541.	Paramètre principal évalué: dents permanentes
Yasmi O. Crystal, DMD, MSc, FAAPD, Benjamin Chaffee. Silver Diamine Fluoride Has Efficacy in Controlling Caries Progression in Primary Teeth: A Systematic Review and MetaAnalysis. <i>Journal of Evidence-Based Dental Practice</i> 2018;18:178-80	Paramètre principal évalué: dents permanentes
Moynihan P. Sugars and Dental Caries: Evidence for Setting a Recommended Threshold for Intake. <i>ADVANCES IN NUTRITION</i> 2016;7.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adolescents)
Joury E, Bernabe E, Sabbah W, Nakhleh K, Gurusamy K. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials on the effectiveness of school-based dental screening versus no screening on improving oral health in children. <i>Journal of dentistry</i> 2017;58:1-10.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adolescents)
Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Systematic Review of Controlled Trials on the Effectiveness of Fluoride Gels for the Prevention of Dental Caries in Children. <i>Journal of dental education</i> 2003;67:448-58.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adolescents)
Ijaz S, Croucher RE, Marinho VCC. Systematic reviews of topical fluorides for dental caries: A review of reporting practice. <i>Caries Research</i> 2011;44 (6):579-92.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adultes)
Gao SS, Zhao IS, Hiraishi N, Duangthip D, Mei ML, Lo ECM, Chu CH. Clinical trials of silver diamine fluoride in arresting caries among children. A systematic review. <i>JDR Clin Trans Res</i> 2016;1:201-210	Paramètre principal évalué: dents permanentes
Hujoel PP. Vitamin D and dental caries in controlled clinical trials: systematic review and metaanalysis. <i>Nutrition reviews</i> 2013;71:88-97.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adultes)
Iheozor-Ejiogor Z, O'Malley LA, Glenny AM, Macey R, Alam R, Tugwell P, Walsh T, Welch V, Worthington HV. Water fluoridation for the prevention of dental caries. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2013;12.	Paramètre principal évalué: dents permanentes
Riley P, Moore D, Ahmed F, Sharif MO, Worthington HV. Xylitol-containing products for preventing dental caries in children and adults. <i>Cochrane Database Systematic Reviews</i> 2015;3.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adultes)

Étude	Motif d'exclusion
Lynch H, Milgrom P. Xylitol and Dental Caries: An Overview for Clinicians. <i>Journal of the California Dental Association</i> 2003;31:205-09.	Autre type de revue (revue non systématique)
Riley P, Moore D, Ahmed F, Sharif MO, Worthington HV. Xylitol-containing products for preventing dental caries in children and adults. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2015;3.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adultes)
Kay E, Locker D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. <i>Community Dent Health</i> 1998;15:132-44.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adultes et personnes handicapées)
Szoke J. Fissure sealing. A review. 2008;101:137-46.	Paramètre principal évalué: dents permanentes
Bartizek RD, Gerlach RW, Falier RV, Jacobs AS, Bollmer BW, Biesbrock AR. Reduction in dental caries with four concentrations of sodium fluoride in a dentifrice: a meta-analysis evaluation. <i>J Clin Dent</i> . 2001;12:57-62.	Paramètre principal évalué: dents permanentes
Marinho YC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. A Systematic review of controlled trials on the effectiveness of fluoride gels for the prevention of dental caries in children. <i>J Dent Educ</i> . 2003;67: 448-58.	Paramètre principal évalué: dents permanentes
Wang Y, Li J, Sun W, Li H, Cannon RD, Mei Li. Effect of non-fluoride agents on the prevention of dental caries in primary dentition: A systematic review. <i>PLoS ONE</i> 2017;12.	Paramètre principal évalué: dentition mixte
Steiner M, Helfenstein U, Menghini G. Effect of 1000 ppm relative to 250 ppm fluoride toothpaste. A meta analysis. <i>American Journal of Dentistry</i> 2004;17.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (adolescents)
Avila WM, Pordeus IA, Paiva SM, Martins CC. Breast and Bottle Feeding as Risk Factors for Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>PLoS ONE</i> 2015;10.	Évaluation des facteurs de risque/protection liés à la CPE
Cui L, Li X, Tian Y, Bao J, Wang L, Xu D, Zhao B, Li W. Breastfeeding and early childhood caries: a meta analysis of observational studies. <i>Asia Pac J Clin Nutr</i> 2017;26:867-880	Évaluation des facteurs de risque/protection liés à la CPE
Vlatis R, Hesch R, Passarelli C, Sheehan D, Sinton J. A systematic review of the relationship between breastfeeding and early childhood caries. <i>Canadian Journal of Public Health</i> 2000;	Évaluation des facteurs de risque/protection liés à la CPE
Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: A systematic review of the literature. <i>Science Direct</i> 2012;40:873-885.	Évaluation des facteurs de risque/protection liés à la CPE
Leong PM, Gussy MG, Barrow SYL, de Silva-Sanigorski A, Waters E. A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries. <i>International Journal of Paediatric Dentistry</i> 2012;23:235-250.	Évaluation des facteurs de risque/protection liés à la CPE
Santos APP, Oliveira BH, Nadanovsky P. Effects and fluorosis: Systematic review and metaanalysis. <i>Caries Res</i> 2013;47:382-390.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (enfants âgés de 7 ans ou moins)
Santos APP, Nadanovsky P, Oliveira BH. A systematic review and meta-analysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. <i>Community Dent Oral Epidemiol</i> 2013;41:1-12.	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (enfants âgés de 7 ans ou moins)
Calonge. Prevention of Dental Caries in Preschool Children Recommendations and Rationale. <i>Am Fam Physician</i> . 2004;70:1529-1532.	Études primaires couvertes dans une autre revue
Liste des études exclues après leur lecture intégrale jusqu'en juillet 2020	
Fluoride Varnish and Dental Caries in Preschoolers: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Caries Research</i> . 2019;53(5), 502-513.	Évaluation des méthodes de réduction des hospitalisations liées aux caries à titre de paramètre principal
Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Oral-Health Promotion in Dental Caries Prevention among Children: Systematic Review and Meta-Analysis. 2019;16, 2668	Autre population évaluée à titre de paramètre principal (enfants âgés de 12 ans ou moins)
The effect of silver diamine fluoride in preventing caries in the primary dentition: A systematic review and meta-analysis. <i>Caries Research</i> . 2019;53(1): 24-32.	Évaluation d'échantillons atteints de maladies particulières

Étude	Motif d'exclusion
Liste des études exclues après leur lecture intégrale jusqu'en juillet 2018	
Fluoride varnish and dental caries in preschoolers: a systematic review and meta-analysis. <i>Evidence Based Dentistry</i> . 2019;53:502-513.	Résumé
Scientific evidence for the management of dentin caries lesions in pediatric dentistry: A systematic review and network meta-analysis. <i>PLoS ONE</i> . 2018;13(11).	Évaluation d'enfants âgés de plus de 6 ans
Systematic Review of Economic Evaluations of Primary Caries Prevention in 2- to 5-Year-Old Preschool Children. 2020.	Paramètre principal évalué: aspects économiques de la prévention des caries de la dentition primaire
Prevention of dental caries by grape seed extract supplementation: A systematic review. <i>Nutrition and Health</i> . 2019;26(1), 43-52.	Évaluation d'enfants âgés de plus de 6 ans
Efficacy of light cured flowable composite resin and light cured pit and fissure sealant for prevention of dental caries in children: A meta-analysis. <i>Chinese Journal of Evidence-Based Medicine</i> . 18(2):178-184.	Texte intégral introuvable



ANNEXE 3: Matrice des citations – chevauchement des études couvertes par les revues systématiques

Matrice des citations	Ammari, 2007	Carvalho, 2010	Chou, 2013	Wright, 2013	Bhaskar, 2014	Twetman, 2015	Abou El Fadl, 2016	Mishra, 2017	Henry, 2017	George, 2019	Xiao, 2019	Platts, 2019
Feldens CA, Vitolo MR, Drachler M de L. A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhood caries. <i>Community Dentistry and Oral Epidemiology</i> 2007;35:215-23.							x			x		x
Hallas D, Fernandez JB, Lim LJ, Catapano P, Dickson SK, Blouin KR, et al. OHEP: an oral health education program for mothers of newborns. <i>J Pediatr Health Care</i> . 2015;29(2):181-90.							x			x		x
Chaffee BW, Feldens CA, Vitolo MR. Cluster-randomized trial of infant nutrition training for caries prevention. <i>J Dent Res</i> . 2013;92(7 suppl):S29-36.							x		x	x		x
Plutzer K, Spencer AJ. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. <i>Community Dentistry and Oral Epidemiology</i> 2008;36:335-46.									x		x	x
Leverett DH, Adair SM, Vaughan BW, Proskin HM, Moss ME. Randomized clinical trial of the effect of prenatal fluoride supplements in preventing dental caries. <i>Caries Res</i> . 1997;31(3): 174-9.	x										x	
Weintraub JA, Ramos-Gomez F, Jue B, Shain S, Hoover CI, Featherstone JD et al. Fluoride varnish efficacy in preventing early childhood caries. <i>J Dent Res</i> 2006;85(2):172-6.		x						x				
Chu CH, Lo EC, Lin HC. Effectiveness of silver diamine fluoride and sodium fluoride varnish in arresting dentin caries in Chinese pre-school children. <i>J Dent Res</i> 2002;81(11):767-70.		x						x				
Twetman S, Petersson LG, Pakhomov GN. Caries incidence in relation to salivary mutans streptococci and fluoride varnish applications in preschool children from low- and optimal-fluoride areas. <i>Caries Res</i> 1996;30(5):347-53.		x						x				
Davies GM, Duxbury JT, Boothman NJ, Davies RM. Challenges associated with the evaluation of a dental health promotion programme in a deprived urban area. <i>Community Dent Health</i> . 2007;24(2):117-121			x			x	x					

Matrice des citations	Ammani, 2007	Carvalho, 2010	Chou, 2013	Wright, 2013	Bhaskar, 2014	Twetman, 2015	Abou El Fadl, 2016	Mishra, 2017	Henry, 2017	George, 2019	Xiao, 2019	Riggs, 2019
Davies GM, Duxbury JT, Boothman NJ, Davies RM, Blinkhorn AS. A staged intervention dental health promotion programme to reduce early childhood caries. <i>Community Dent Health</i> . 2005; 22 (2) 118-122			x	x			x					
Kressin NR, Nunn ME, Singh H, et al. Pediatric clinicians can help reduce rates of early childhood caries: effects of a practice based intervention. <i>Med Care</i> . 2009; 47(11):1121-1128			x				x					
Winter GB, Holt RD, Williams BF: Clinical trial of a low-fluoride toothpaste for young children. <i>Int Dent J</i> 1989;39:227-235	x			x								
You B, Jian WW, Sheng RW, Jun Q, Wa WC, Bartizek RD, Biesbrock AR: Caries prevention in Chinese children with sodium fluoride dentifrice delivered through a kindergartenbased oral health program in China. <i>J Clin Dent</i> 2002;13:179-184.	x			x								
Mohebbi SZ, Yirtanen JI, Yahid-Golpayegani M, Yehkalahti MM, Mohebbi SZ, Yirtanen JI, et al. A cluster randomised trial of effectiveness of educational intervention in primary health care on early childhood caries. <i>Caries Res</i> . 2009;43 (2):1 0-8.							x			x		
Frostell G, Birkhed D, Edwardsson S, Goldberg P, Petersson LG, Priwe C <i>et al</i> . Effect of partial substitution of invert sugar for sucrose in combination with Duraphat treatment on caries development in preschool children: the Malmo Study. <i>Caries Res</i> 1991;25(4):30410		x						x				
Stade GD, Bailie RS, Roberts-Thomson K, <i>et al</i> . Effect of health promotion and fluoride varnish on dental caries among Australian Aboriginal children: results from a communityrandomized controlled trial. <i>Community Dent Oral Epidemiol</i> 2011;39:29-43.						x		x				



CUMUL DE FONCTIONS: UN TERRAIN QUI PEUT ÊTRE GLISSANT

- **JULIE BOUDREAU**, H.D., syndique

- **M^e LAURENCE REY EL FATIH**, directrice des affaires juridiques et secrétaire adjointe

Il peut être intéressant pour l'hygiéniste dentaire de vouloir diversifier ses compétences et ses activités, afin d'être en mesure d'offrir un large éventail de services. Il faut cependant être prudent dans certaines situations. En effet, plusieurs hygiénistes dentaires nous questionnent sur la possibilité d'être membre de deux ordres professionnels à la fois ou d'exercer d'autres fonctions¹ en plus d'exercer la profession d'hygiéniste dentaire. Vient alors le questionnement sur la gestion de deux pratiques professionnelles, tout en respectant la réglementation applicable à chacune des professions. Nous allons aborder les raisons pour lesquelles l'hygiéniste dentaire devrait faire preuve de grande prudence lorsqu'il y a un cumul de fonctions, notamment lorsque celles-ci sont exercées sur un même lieu physique.

Fonctions incompatibles avec l'honneur, la dignité ou l'exercice d'une profession

Le fait de cumuler plusieurs fonctions en plus de celle d'hygiéniste dentaire peut comporter plusieurs risques, notamment car cela peut entraîner des situations mettant en péril plusieurs obligations, tant sur le plan déontologique, que sur le plan des normes de pratique applicables.

Avant toute chose, il importe de rappeler que le *Code des professions*² prévoit de façon générale, à l'article 59.2, ceci :

« **59.2.** Nul professionnel ne peut poser un acte dérogatoire à l'honneur ou à la dignité de sa profession ou à la discipline des membres de l'ordre, **ni exercer une profession, un métier, une industrie, un commerce, une charge ou une fonction qui est incompatible avec l'honneur, la dignité ou l'exercice de sa profession**³. »

L'incompatibilité, définie dans la décision *Pharmaciens (Ordre professionnel des) c. Coutu*, peut se résumer comme étant « l'impossibilité pour le professionnel d'exercer simultanément sa profession et un autre commerce contraire, inconciliable ou opposé à l'exercice de la profession⁴ ».

Dans cette affaire, un pharmacien vendait des produits du tabac dans un local séparé, mais adjacent à sa pharmacie. Le Tribunal des professions a résumé la question de l'incompatibilité entre la vente de produits de tabac et l'exercice de la profession de pharmacien de la manière suivante :

« Le syllogisme aurait pu s'énoncer sommairement ainsi :

1. Le pharmacien doit protéger la santé publique.
2. Le tabac est un produit nocif, très dommageable pour la santé publique.
3. Le commerce du tabac est donc incompatible avec l'exercice de la profession de pharmacien⁵ »

Certaines professions ont établi d'emblée certaines fonctions qui leur sont incompatibles, mais celles-ci ne sont toutefois pas exhaustives. Elles se classent généralement en quatre catégories :

- Activités prohibées dans un contexte spécifique ;
- L'exercice d'un métier ou d'une profession en particulier ;
- La vente de certains produits ;
- L'intérêt financier dans un type d'entreprise pouvant soulever un doute sur l'indépendance du professionnel ou quant à la présence de conflits d'intérêts⁶.

VOICI QUELQUES EXEMPLES CONCRETS DE FONCTIONS INCOMPATIBLES DANS LE SYSTÈME PROFESSIONNEL :

→ **Autorité des marchés financiers (AMF)** — **courtiers hypothécaires et représentants**

Au moment de faire une demande de certificat (permis), le courtier hypothécaire doit déclarer à l'AMF tout autre emploi ou occupation qu'il exerce pour qu'elle en détermine l'incompatibilité avec la profession. En effet, le courtier hypothécaire doit, à l'instar de plusieurs autres professionnels, faire preuve d'indépendance envers son client et éviter de se placer en situation de conflits d'intérêts⁷.

De plus, le *Règlement sur l'exercice des activités de représentants*⁸ établit une liste de fonctions jugées incompatibles avec les activités de représentant comme :

- Juge ou policier ;
- Syndic de faillite ;
- Toute profession de la santé régie par le Code des professions ;
- Directeur ou employé d'une association professionnelle ou d'un syndicat autre qu'un syndicat de représentants, etc.

→ **Ordre des infirmières et infirmiers du Québec**

Concernant la profession d'infirmière ou d'infirmier, leur code de déontologie prévoit notamment certaines fonctions et certains commerces auxquels le professionnel ne peut se livrer, sauf dans certains cas :

« **78.** *L'infirmière ou l'infirmier ne peut vendre, se livrer ou participer, à des fins lucratives, à toute distribution de médicaments, d'appareils ou de produits ayant un rapport avec son activité professionnelle, sauf dans les cas suivants :*

1. *s'il s'agit d'une vente de produits ou d'appareils qui répond à une nécessité immédiate du client et qui est exigée par les soins et traitements à prodiguer. Le client doit alors être avisé de tout profit réalisé par l'infirmière ou l'infirmier lors de cette vente ;*
2. *si l'infirmière ou l'infirmier distingue clairement l'endroit où les soins sont prodigués de celui où a lieu la vente de produits ou d'appareils et que son titre professionnel n'est pas associé aux activités commerciales ;*

3. *s'il s'agit d'un vaccin visé au troisième alinéa de l'article 52.*

79. *L'infirmière ou l'infirmier ne peut faire le commerce de produits ou de méthodes susceptibles de nuire à la santé ou de traitements miracles⁹.* »

D'autres exemples s'inscrivent aussi dans le domaine de la santé buccodentaire :

→ **Ordre des dentistes du Québec**

En effet, l'article 4.01.01 du *Code de déontologie des dentistes*¹⁰ précise que le commerce d'articles d'hygiène dentaire dans un cabinet de consultation constitue une fonction incompatible avec l'exercice de la profession de dentiste.

→ **Ordre des denturologistes du Québec**

Du côté des denturologistes, le *Code de déontologie de l'Ordre des denturologistes du Québec*¹¹, à l'article 59, indique qu'il est incompatible pour un denturologiste d'agir comme fabricant, grossiste, vendeur, représentant de produits liés à l'exercice de la denturologie sauf à des fins pédagogiques, de formation, de recherche ou de développement dans l'exécution de ses fonctions.

→ **Ordre des technologues en prothèses et appareils dentaires du Québec**

Il n'est pas possible pour un technologue en prothèse et appareils dentaires au Québec d'exercer la profession d'hygiéniste dentaire, car l'article 4.01.01 de leur code de déontologie¹² mentionne que le fait d'exercer la profession de dentiste, denturologiste, médecin ou hygiéniste dentaire est incompatible avec l'exercice de la profession de technologue.

TOUTEFOIS, QU'EN EST-IL DE L'HYGIÉNISTE DENTAIRE ?

Bien qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de dispositions semblables dans le Code de déontologie des membres de l'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*¹³ (ci-après, le Code de déontologie), il nous apparaît important de mettre en lumière certaines situations qui pourraient susciter de la confusion auprès du public qui consulte l'hygiéniste dentaire exerçant différentes fonctions ou qui pourrait mettre en cause certaines obligations déontologiques.

En effet, le professionnel doit s'assurer de préserver la confiance du public et pour se faire, le client doit savoir que lorsqu'il transige avec un professionnel, ce dernier est encadré par tous les mécanismes de protection que le système professionnel lui offre pour éviter toute confusion à cet égard pour le client. Voici quelques exemples concrets pouvant contribuer à confondre le client et mettre en péril certaines obligations de l'hygiéniste dentaire.

On pense tout d'abord à l'utilisation d'un même local pour mener deux types de fonctions différentes. Il doit être clair pour le client qu'il consulte son hygiéniste dentaire et non un autre professionnel et vice-versa. L'hygiéniste dentaire qui serait massothérapeute par exemple ne pourrait pas utiliser la même pièce pour les soins de massothérapie que pour les traitements en hygiène dentaire. Le *Règlement sur les cabinets et les effets des membres de l'Ordre des hygiénistes du Québec*¹⁴ le précise très bien aux articles 2 et 6 :

« **2.** [...] »

L'agencement des locaux d'un cabinet doit correspondre aux normes généralement reconnues pour son type d'exercice.

6. *Sous réserve des articles 4 et 5 et outre les objets décoratifs ou utilitaires, un hygiéniste dentaire ne peut afficher dans son cabinet que les diplômes ainsi que le matériel ayant un rapport avec l'exercice de la profession et servant à l'éducation et à l'information du public. »*

Ainsi, dans cette même veine, il serait fortement recommandé que l'hygiéniste dentaire ait par exemple, des cartes professionnelles distinctes pour ses différentes fonctions. L'hygiéniste dentaire devrait avoir ce souci également face à tout ce qui concerne l'affichage de sa publicité.

De plus, il est attendu que l'hygiéniste dentaire fasse preuve de rigueur et assure la protection du public en mettant en place les normes professionnelles applicables. Pensons notamment aux normes d'asepsie et de prévention et de contrôle des infections par exemple. Dans le contexte où d'autres activités non réglementées sont opérées, cela pourrait occasionner une certaine confusion quant aux normes applicables. À titre d'exemple, l'hygiéniste dentaire ne devrait pas utiliser la même pièce comme salle de soins ou de traitements d'hygiène dentaire et de soins d'une autre activité non réglementée.

Également, si l'hygiéniste dentaire est membre de deux ordres professionnels, il est primordial de se présenter adéquatement auprès du client afin d'éviter la confusion des rôles auprès de ce dernier.

Il est donc, entre autres, fortement recommandé de prévoir des plages horaires distinctes consacrées à chacune des fonctions. Le professionnel devra de plus porter une attention particulière au conflit d'intérêts. À cet effet, il lui faudra notamment éviter de s'autoréférer, car le *Code de déontologie*¹⁵ stipule clairement ceci :

« **24.** *L'hygiéniste dentaire est notamment dans une situation de conflit d'intérêts dans les cas suivants :*

- 1. les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux à ceux de son client ou que son jugement et sa loyauté envers celui-ci peuvent en être défavorablement affectés ;*
- 2. il retire, comme conseiller pour un acte donné, un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel ;*
- 3. il partage ses honoraires avec une autre personne et ce partage ne correspond pas à une répartition des services rendus et des responsabilités confiées ;*
- 4. il reçoit, à l'exception de la rémunération à laquelle il a droit, verse, offre de verser ou s'engage à verser tout avantage, ristourne ou commission relatif à l'exercice de sa profession. »*

Enfin, le professionnel doit toujours garder en tête qu'il est un professionnel en tout temps et qu'il ne peut se dissocier de son titre et des obligations qui s'y rattachent. L'affaire *Coutu*¹⁶ citée précédemment en témoigne d'ailleurs :

« *Même lorsqu'il s'adonne à des activités commerciales, le pharmacien conserve son sarrau de professionnel de la santé. Il n'est pas pharmacien ou commerçant. Il est l'un et l'autre. L'essence de la dualité.*¹⁷ ».

Ainsi, même si certains actes sont posés en dehors de l'exercice de la profession, ils peuvent tout de même entraîner la responsabilité du professionnel sur le plan déontologique. Il en est d'ailleurs ainsi de l'article 59.2 du *Code des professions*.

Il sera donc très important pour l'hygiéniste dentaire voulant cumuler plusieurs fonctions de déterminer si elle ou il peut le faire en considérant l'article 59.2 du *Code des professions* et les différentes obligations déontologiques qui lui incombent. Le cas échéant, l'hygiéniste dentaire devra exercer ses activités en tout respect de ses obligations et en toute transparence.

EXEMPLES DE QUESTIONS À SE POSER AVANT DE S'AVENTURER SUR CE TERRAIN GLISSANT :

- ✓ Suis-je en mesure d'avoir des locaux différents qui respectent les normes applicables (p. ex. : ventilation selon les normes CSA, etc.) ?
- ✓ Suis-je en mesure de prévoir des plages horaires distinctes ?
- ✓ Est-ce que la fonction que je m'appête à accomplir est cohérente avec les valeurs intrinsèques de la profession d'hygiéniste dentaire ?
- ✓ Est-ce que l'aménagement de mes locaux ou ma publicité permet d'éviter toute confusion potentielle de la part de mes clients quant à mes doubles fonctions ?
- ✓ Etc.

Références :

- 1 - L'utilisation du terme fonction dans le présent texte peut référer autant à l'exercice d'une autre profession qu'hygiéniste dentaire, à un autre métier ou à une autre activité.
- 2 - *Code des professions*, RLRQ, c. C-26.
- 3 - Notre soulignement.
- 4 - Jean-Olivier Lessard, «Honneur, dignité et discipline», (2006) 66 *Revue du Barreau* 47, p. 65.
- 5 - Pharmaciens (*Ordre professionnel des*) c. *Coutu*, 1998 QCTP 1671 (CanLII).
- 6 - Jean-Olivier LESSARD, précité, note 4, p. 66.
- 7 - Occupations incompatibles, [Occupations incompatibles | AMF](#) (lautorite.qc.ca) (Consulté le 2 février 2022).
- 8 - *Règlement sur l'exercice des activités des représentants*, c. D-9.2, r. 10, article 2.
- 9 - *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, RLRQ c. I-8, r. 9.
- 10 - *Code de déontologie des dentistes*, RLRQ, c. D-3, r. 4.
- 11 - *Code de déontologie de l'Ordre des denturologistes du Québec*, RLRQ, c. D-4, r. 6.
- 12 - *Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des technologues en prothèses et appareils dentaires du Québec*, RLRQ, c. C-26, r. 226
- 13 - *Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, RLRQ, c. C-26, r. 140.
- 14 - *Règlement sur les cabinets et les effets des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, RLRQ, c. C-26, r. 138
- 15 - *Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, précité, note 13, art. 24
- 16 - *Coutu*, ès qualités Pharmacien c. Tribunal des professions, 1998 CanLII 9594 (QC CS)
- 17 - *Id.*, paragr. 47.



Lorsqu'il s'agit d'assurance, nous sommes plus forts ensemble

Découvrez l'assurance auto, habitation et entreprise de La Personnelle

En tant que **membre de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec**, profitez de :



Tarifs de groupe exclusifs



Protections adaptées à vos besoins



Service hors pair

Découvrez tous les avantages de faire partie d'un groupe.

lapersonnelle.com/ohdq

1 888 476-8737



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation et entreprise

Tarifs de groupe. Service unique.



DEVENIR PARENT

- SOPHIE LECAVALIER, responsable des communications

1. Devenir parent (Site du gouvernement du Québec)

<https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/grossesse-et-parentalite/parent>

Vivre une grossesse et la parentalité peut faire peser un certain stress sur certaines familles qui n'ont pas toute l'information à portée de main. C'est pourquoi le gouvernement du Québec a créé sur son site une page intitulée « Devenir parent » qui présente une vue d'ensemble des programmes et services gouvernementaux offerts aux nouveaux ou aux futurs parents. Véritable guide, tous les sites utiles à connaître sur les crédits d'impôt, les services de garde, l'aide financière, etc. sont ainsi facilement repérables et accessibles.



2. Mieux vivre avec notre enfant

<https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre>

Considéré comme « la Bible » des futurs parents, Mieux vivre avec notre enfant est véritablement la référence qui suivra pendant très longtemps les parents, qu'il s'agisse du premier enfant ou du prochain. Tous les sujets incluant les dents, l'hygiène buccodentaire ou même le lait y sont abordés. Publiée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), une version imprimée de ce document est donnée aux futurs parents, mais il existe aussi une version Web très facile à consulter.



3. Fondation Olo

<https://fondationolo.ca/>

Comme on le sait, la Fondation Olo a pour mission de « Donner une chance égale aux familles de mettre au monde des bébés en santé et d'acquiescer de saines habitudes alimentaires tôt dans la vie ». Elle offre des outils et des services visant à favoriser le pouvoir d'agir des parents afin qu'ils aident leur enfant à acquiescer de saines habitudes alimentaires.



4. Pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent

https://www.inspq.qc.ca/publications/2919-mesures-travailleuses-enceintes-allaitent-covid19?utm_source=Institut%20national%20de%20sant%C3%A9%20publique%20du%20Qu%C3%A9bec&utm_campaign=008d08bc26-resonances-covid19_2022_01_21&utm_medium=email&utm_term=0_b5d9f3a57e-008d08bc26-433943230

Conformément à son rôle d'appui au ministère de la Santé et des Services sociaux, l'INSPQ a publié il y a quelques années des recommandations pour les mesures de prévention en milieu de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent. Avec l'arrivée du COVID-19 (SRAS-CoV-2) et notamment celle du variant Omicron au Québec, ces recommandations ont fait l'objet d'une mise à jour (la dernière datant de janvier 2022). Ainsi, l'INSPQ préconise de considérer toutes les travailleuses enceintes ayant reçu deux ou trois doses de vaccins ou ayant déjà fait la maladie avant décembre 2021 comme partiellement protégées jusqu'à l'obtention de nouvelles données.

COVID-19 (SRAS-CoV-2) : Recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieu de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent :





14/15

OCTOBRE 2022

**CONGRÈS DE
L'OHdq**

**CENTRE DE CONGRÈS
DE SAINT-HYACINTHE**

UNE NOUVELLE
ÈRE S'AMORCE :
**SOYONS
PRÉPARÉS !**

NOUVEAUTÉS !

- ▶▶ **DES FRAIS D'INSCRIPTION
AU CONGRÈS RÉDUITS :**

250 \$ + taxes

(total des repas inclus dans le 250 \$ est de 120 \$)

- ▶▶ **PRÉ-CONGRÈS SUR LA GESTION
D'ENTREPRISE EN HYGIÈNE
DENTAIRE (OPTIONNEL)**

75 \$ + taxes

(total des repas inclus dans le 75 \$ est de 12 \$)

**Participez au congrès, au
pré-congrès ou aux
deux événements!**

**DÉBUT DES INSCRIPTIONS
DÈS CE PRINTEMPS**



IMPORTANT : COTISATION ANNUELLE 2022-2023

La période de renouvellement de votre inscription annuelle au Tableau des membres de l'Ordre est commencée depuis le 1^{er} février 2022! Les informations relatives au renouvellement de votre inscription et au paiement de la cotisation professionnelle vous ont été transmises par infolettre et sont disponibles sur le site Internet de l'Ordre.

ATTENTION : Vous avez **jusqu'au 31 mars 2022** pour procéder au renouvellement de votre inscription. Nous vous rappelons également que vous avez aussi **jusqu'au 31 mars 2022** pour procéder au paiement complet de la cotisation et des autres frais ou au premier versement, si vous vous êtes prévalu de l'option de paiement en deux versements. Votre second versement sera, quant à lui, prélevé automatiquement le 31 mai 2022.

BOURSES MÉRITAS ET CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ



Les Bourses Méritas, au montant de 1000 \$ chacune sont attribuées à 4 lauréats, selon les conditions d'admissibilité et les critères d'évaluation suivants :

Conditions d'admissibilité au moment du dépôt de la candidature

- 1- être inscrit dans un programme d'études collégiales en hygiène dentaire, dans sa dernière année d'études;
- 2- soumettre deux lettres de recommandation en soutien à la candidature rédigées par des tierces personnes dont au moins une par un enseignant en hygiène dentaire. Ces lettres mettent en lumière les qualités du candidat sur le plan des études ou de l'engagement dans la société.

Critères d'évaluation

Les demandes seront évaluées selon les critères suivants :

- 1- Excellence du dossier académique (pondération 20 %)
 - Le candidat doit fournir un relevé de notes à jour (bulletin d'études collégiales mentionnant que le DEC technique en hygiène dentaire a été complété et réussi) et devra être dans la 3^{ème} année de son parcours académique.

2- Texte de présentation (pondération 70 %)

- Le candidat doit fournir un texte d'un maximum de 600 mots expliquant ses motivations à faire carrière dans le domaine dentaire, sa vision de la profession et ses engagements parascolaires et sociaux.

3- Présentation du dossier (pondération 10 %)

- Le comité s'attend à un dossier rédigé convenablement, exempt de fautes d'orthographe, et dont la mise en page est soignée.

Les dossiers seront évalués par les membres du Comité des bourses lors de leur réunion annuelle en septembre.

Vous devez faire parvenir votre dossier à mbaptiste@ohdq.com au plus tard le 30 juin 2022. Pour toutes questions concernant la Bourse Méritas, envoyez un courriel à slecavalier@ohdq.com

Plus de détails : www.ohdq.com

INVESTIR DANS L'ART

VOICI NOS CONSEILS POUR INVESTIR DANS CE MARCHÉ DIVERSIFIÉ ET PROSPÈRE, ET S'ASSURER UNE RENTABILITÉ OPTIMALE.

Informez-vous sur le marché :

Le rendement annuel moyen du marché de l'art est comparable à celui des principaux indices boursiers. Si vous souhaitez investir dans l'art, vous devez faire vos devoirs. « Il faut d'abord voir des œuvres, voir ce qui se passe dans les musées, bien connaître l'histoire de l'art et la carrière de l'artiste », explique Jo-Ann Kane, conservatrice de grandes collections d'entreprises dont celle de la Banque Nationale et membre du conseil d'administration du Conseil des arts et des lettres du Québec.

En optant pour une œuvre admissible d'un artiste canadien, sous certaines conditions, un contribuable peut amortir annuellement 20% de son coût au fédéral et 33,3% au provincial. La première année de l'achat, la règle du demi-taux s'applique : l'amortissement est alors de 10% au fédéral et 16,67% au provincial. Un travailleur autonome inscrit aux fichiers de la TPS-TVQ pourra, sous certaines conditions, déduire cette dépense de ses revenus et récupérer les taxes.

Misez sur les artistes les plus prometteurs :

La prospérité de l'artiste est liée à son influence, à sa reconnaissance publique sur le marché de l'art et à sa reconnaissance médiatique. Analysez sa biographie et son parcours professionnel, si ses œuvres font partie de collections privées ou d'entreprises et ont été acquises par des musées, si l'artiste a fait des expositions solos ou avec d'autres, etc.

Si vous convoitez l'œuvre d'un artiste présentée à New York, « il y a plusieurs galeries dans cette ville, et elles sont loin d'être toutes bonnes, met en garde Jo-Ann Kane. [...] il faut valider l'importance de la galerie ou du musée avant de faire l'acquisition de l'œuvre ». Pour quelques centaines de dollars, vous pourriez aussi acquérir l'œuvre d'un artiste émergent prometteur. « Il faut s'assurer d'avoir les meilleures œuvres, tirées de la meilleure période de l'artiste », affirme Jo-Ann Kane.

Assurez la rentabilité à long terme :

Au moment de l'acquisition, considérez l'exposition, la conservation et l'entreposage de l'œuvre afin de protéger votre investissement. « Dès que l'œuvre est endommagée, elle perd un minimum de 30% de sa valeur », indique Jo-Ann Kane.

Faites don de vos œuvres d'art :

Le montant du don d'une œuvre d'art est majoré de 25% si le don est fait à une institution muséale. Mme Kane précise qu'il y a eu « des resserrements au gouvernement du Canada afin d'éviter la spéculation, dont l'acquisition d'une œuvre dans le but d'en faire don directement ». Un particulier peut aussi offrir une œuvre d'art à un organisme caritatif reconnu par la Loi sur les impôts (le geste sera traité comme un don en argent), et le donateur bénéficiera d'un crédit d'impôt. Si l'œuvre acquise est plutôt vendue et que sa valeur marchande a augmenté, 50% du gain en capital sera imposable.

Faites appel à un expert de l'art :

Il saura bien vous guider. Avant de vous lancer, prenez le temps de réfléchir à tous ces éléments pour faire les bons investissements au bon moment.



Découvrez les avantages et privilèges de l'offre pour les hygiénistes dentaires à bnc.ca/specialiste-sante

Pour tout conseil concernant vos finances et celles de votre entreprise, veuillez consulter votre conseiller de la Banque Nationale, votre planificateur financier ou, le cas échéant, tout professionnel (comptable, fiscaliste, avocat, etc.).

Aider les patients à réussir :

Une approche personnalisée des soins interdentaires



Chrissy Ford
HDA, BScHD

En tant que professionnels des soins buccodentaires, nous savons que le brossage seul ne suffit pas pour nettoyer correctement toute la surface des dents; il est nécessaire de passer la soie dentaire et de nettoyer les espaces interdentaires tous les jours.

« *seulement 28,3 % des Canadiens dentés passent la soie dentaire au moins cinq fois par semaine* »

Les fournisseurs de soins buccodentaires ont traditionnellement recommandé l'utilisation de la soie dentaire pour le nettoyage interdентаire. Malgré les données qui prouvent l'importance de la soie dentaire, des études montrent que seulement 28,3 % des Canadiens dentés passent la soie dentaire au moins cinq fois par semaine¹.

Pourquoi les professionnels des soins buccodentaires doivent-ils souvent lutter pour inciter les patients à être assidus dans leur nettoyage interdентаire? Et que pouvons-nous faire pour aider nos patients à adopter une approche proactive quand il en va de leur santé buccodentaire?

Examiner les besoins des patients

La soie dentaire et les brosses interdentaires traditionnelles posent un défi à l'assiduité en raison de problèmes d'habileté, de douleur associée à la sensibilité des gencives et de l'inaccessibilité autour des implants et des appareils orthodontiques. Comme nous le savons, l'incapacité de nettoyer correctement l'espace interdентаire peut entraîner des conséquences irréversibles sur la santé buccodentaire.

Il est essentiel de mettre en place une approche personnalisée des soins à domicile que nos patients seront motivés à adopter. L'étape la plus importante est de trouver quelque chose que les patients seront prêts à utiliser. En tant que professionnels des soins buccodentaires, nous devons proposer aux patients des outils

et des méthodes d'hygiène buccodentaire qui répondent à leur niveau de compétence et à leurs préférences, car leur acceptation est cruciale pour une utilisation à long terme².

Le temps des recommandations universelles de brossage et de nettoyage interdентаire est révolu. Pour aider nos patients à réussir et stimuler l'assiduité, nous devons prendre en compte leur santé buccodentaire et leurs préférences lorsque nous leur recommandons une routine interdентаire.

Aider les patients à réussir grâce à l'hydropulseur

Une amélioration de l'assiduité des patients a été constatée lors de l'utilisation d'un hydropulseur plutôt que de la soie dentaire, car celui-ci nécessite moins d'habileté manuelle et offre une adaptation plus facile. En plus de déloger la plaque et les résidus alimentaires, il a été démontré que l'hydropulseur aide également à traiter et à prévenir la gingivite, puis à améliorer la santé des gencives³. Les hydropulseurs nettoient facilement l'espace étroit entre les dents, les endroits difficiles à atteindre et s'utilisent en toute sécurité autour des appareils orthodontiques, des implants et des restaurations dentaires.

Le nouvel hydropulseur maintenant en vente

Le nouvel hydropulseur de Oral-B a fait passer le nettoyage interdентаire au niveau supérieur. Il est doté de la technologie exclusive OxyJet™ qui aide à cibler et à éliminer les bactéries responsables de la plaque, pour des dents plus propres et des gencives plus saines.

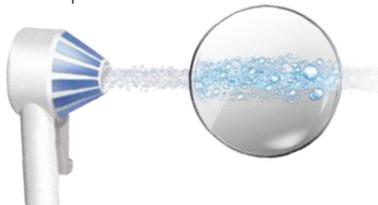


Figure 1. La technologie exclusive OxyJet™ de Oral-B associe l'air et l'eau.

- La **technologie OxyJet™** associe l'air et l'eau pour détruire les bactéries anaérobies et offrir aux patients une expérience plus douce.
- **Deux réglages de vibration sur demande exclusifs**, qui permettent aux patients de libérer de l'eau de façon continue ou seulement au besoin pour un nettoyage ciblé et contrôlé ainsi que deux embouts et trois niveaux d'intensité offrent aux patients une expérience personnalisée.

- La conception haut de gamme **sans cordon et d'un bloc** permet une utilisation simple et portable.

« *La technologie OxyJet™ associe l'air et l'eau pour détruire les bactéries anaérobies* »

Offrir des solutions pratiques pour une meilleure assiduité des patients

Vendre en cabinet des produits de soins à domicile, tel que l'hydropulseur avancé, n'est pas une question de revenu. Il s'agit de proposer à nos patients une solution pratique et motivante pour les aider à améliorer leur santé.



Figure 2. L'hydropulseur avancé Oral-B.

Cinquante pour cent des patients s'attendent à ce que nous leur proposons en cabinet ce que nous leur prescrivons, afin d'être sûrs d'obtenir ce que nous leur avons prescrit⁴.

Nous avons tous connu la frustration lorsqu'un patient revient au cabinet pour sa nouvelle visite d'hygiène et qu'il ne s'est pas procuré le produit que nous lui avons recommandé. Nous pouvons remédier à cette frustration en offrant des recommandations de soins buccodentaires directement au cabinet.

Les cabinets qui mettent en place cette initiative profitent d'une situation avantageuse pour tous, qui entraîne globalement une utilisation plus assidue des outils que nous avons recommandés et qui donne aux patients la clé du succès en matière de santé buccodentaire. Un patient heureux et en bonne santé est un excellent modèle pour un cabinet!



Balayez le code QR pour en apprendre davantage sur l'hydropulseur avancé Oral-B et pour l'essayer.

Références : 1. Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007 à 2009. 2. Sanz M, Herrera D, Kerschull M, et al; au nom des participants et des consultants méthodologiques de l'atelier de l'EFPP. "Treatment of stage I-III periodontitis—The EFPP S3 level clinical practice guideline". J Clin Periodontol. 2020;47:4-60. 3. Rosema NA, et al. J Int Acad Periodontol. 2011; 13 (1): 2-10. 4. Sondage en ligne Ipsos réalisé en mai 2021, étude sur l'expérience parfaite du patient.