



L'éducation à la santé buccodentaire chez les enfants de 0 à 4 ans en contexte de santé publique : analyse de l'efficacité

ÉTAT DES CONNAISSANCES

MARS 2024

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

AUTEURE

Sylvie Gagnon, D.M.D., M.Sc., dentiste
Développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Julie Laforest, chef d'unité scientifique
Développement des individus et des communautés

COLLABORATION

Véronic Fortin, bibliothécaire
Soutien aux affaires scientifiques, évaluation et recherche

Chantal Galarneau, D.M.D., M.Sc., Ph. D., dentiste
Institut national de santé publique du Québec

Virginie Houde, bibliothécaire
Soutien aux affaires scientifiques, évaluation et recherche

Nancy Wassef, D.M.D., M.Sc., dentiste
Institut national de santé publique du Québec

RÉVISION

Aimée Dawson, D.M.D., MPH, dentiste
Professeure agrégée, Faculté de médecine dentaire,
Université Laval

Chantal Galarneau, D.M.D., M.Sc., Ph. D., dentiste
Institut national de santé publique du Québec

Mamadou Mouctar Sow, Ph. D., conseiller
scientifique spécialisé
Institut national de santé publique du Québec

Daniel Picard, D.M.D., M.Sc., dentiste
Direction de santé publique de Montréal

Nancy Wassef, D.M.D., M.Sc., dentiste
Institut national de santé publique du Québec

Les réviseur(e)s ont été convié(e)s à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

L'auteure ainsi que les réviseur(e)s ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

L'auteure souhaite remercier Virginie Houde bibliothécaire, pour son soutien lors de l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire.

L'Institut désire remercier sincèrement les relecteurs qui ont accepté de donner leur temps pour partager leurs commentaires sur une version préliminaire de la présente synthèse des connaissances.

MISE EN PAGE

Marie-Cloé Lépine, agente administrative
Direction du développement des individus et
des communautés

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue ou en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-98041-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2024)

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *État des connaissances* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui synthétisent et communiquent ce que la science nous dit sur une question donnée à l'aide de méthodes rigoureuses de recension et d'analyse des écrits scientifiques et autres informations pertinentes.

La présente synthèse des connaissances porte sur l'analyse de l'efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire pour la prévention de la carie en dentition temporaire. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié le mandat à l'INSPQ d'analyser la littérature scientifique récente, sur cette mesure de prévention de la carie auprès de la clientèle de 0 à 4 ans. Cette analyse vise à le soutenir dans sa démarche d'actualisation du volet santé buccodentaire du *Programme national de santé publique* (PNSP).

Cette publication s'adresse principalement aux professionnels dentaires du réseau de la santé publique ainsi qu'aux partenaires œuvrant en santé buccodentaire.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	IV
GLOSSAIRE	V
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	VIII
MESSAGES CLÉS.....	1
SOMMAIRE	3
1 MISE EN CONTEXTE	6
2 QUESTIONS DE RECHERCHE	7
3 MÉTHODOLOGIE	8
3.1 Stratégie de recherche documentaire	8
3.2 Sélection des documents	9
3.3 Extraction des données, analyse et synthèse.....	11
3.4 Révision par les pairs.....	12
4 RÉSULTATS.....	13
4.1 Résultats de la recherche documentaire	13
4.2 Description des études incluses.....	13
4.3 Caractéristiques des interventions et efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire	14
4.4 Caractéristiques des interventions et efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire réalisées en période prénatale, postnatale et débutant durant la grossesse et se poursuivant après la naissance.....	22
4.4.1 Période prénatale	22
4.4.2 Période postnatale	24
4.4.3 Période prénatale se poursuivant après la naissance	31
4.5 L'éducation à la santé buccodentaire par l'utilisation de l'entretien motivationnel	34
4.5.1 Caractéristiques des interventions	35
4.5.2 Efficacité de l'éducation à la santé par l'utilisation de l'entretien motivationnel	38
5 DISCUSSION.....	39
5.1 Principaux constats	39
5.2 Forces et limites de l'approche méthodologique	42
5.3 Limites générales des études analysées	43

6	CONCLUSION.....	45
7	RÉFÉRENCES.....	46
ANNEXE 1	STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	49
ANNEXE 2	ORGANIGRAMME DE TYPE PRISMA.....	56
ANNEXE 3	CARACTÉRISTIQUES DÉTAILLÉES DES INTERVENTIONS RECENSÉES	57
ANNEXE 4	ÉVALUATION DU NIVEAU D'APPUIS SCIENTIFIQUES	76

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	10
Tableau 2	Échelle et définition des niveaux de preuves scientifiques utilisés dans le cadre de cette synthèse.	12
Tableau 3	Types d'études, interventions, groupes de comparaison, résultats mesurés, effet rapporté et niveau de preuve selon les chercheurs pour l'utilisation de l'éducation à la santé buccodentaire sur la prévention de la carie en dentition temporaire.....	17
Tableau 4	Types d'études, interventions, groupes de comparaison, résultats mesurés et effet rapporté pour l'utilisation de l'éducation à la santé buccodentaire sur la prévention de la carie en dentition temporaire.....	19
Tableau 5	Types d'études, interventions recensées, effet rapporté et niveau de preuve selon les chercheurs pour la période prénatale.....	23
Tableau 6	Types d'études, interventions recensées, comparaison, effet rapporté et niveau de preuve selon les chercheurs pour la période postnatale.....	27
Tableau 7	Types d'études, interventions recensées, effet rapporté et niveau de preuve selon les chercheurs pour la période prénatale et poursuivie après la naissance.....	33
Tableau 8	Caractéristiques des études recensées en fonction du nombre de sessions, de la durée des rencontres et des rappels téléphoniques pour l'entretien motivationnel	36
Tableau 9	Types d'études, interventions, groupes de comparaison, résultats mesurés, effet rapporté et niveau de preuve selon les chercheurs pour l'utilisation de l'entretien motivationnel sur la prévention de la carie en dentition temporaire.....	37

GLOSSAIRE

caod et caof : indices du nombre d'unités cariées « c », absentes pour cause de carie « a » ou obturées pour cause de carie « o ». L'unité est précisée à la fin par la lettre d pour la dent ou f pour la face. Ces indices s'expriment en lettres minuscules pour la dentition temporaire.

Carie de la petite enfance : la carie de la petite enfance se caractérise par la présence d'au moins une dent cariée (stade débutant à avancé), absente ou obturée en raison de la carie sur les dents temporaires des enfants de cinq ans et moins.

Dentition temporaire (dents temporaires) : première série de 20 dents qui apparaît chez l'enfant et qui restera quelques années avant de s'exfolier et de laisser sa place à la dentition permanente. L'éruption des dents temporaires débute vers l'âge de six mois, et elles sont habituellement toutes en bouche vers l'âge de deux ou trois ans.

Étude clinique randomisée : « plan d'étude expérimentale dans le cadre duquel le chercheur répartit aléatoirement les participants pour qu'ils reçoivent ou non l'intervention expérimentale (un traitement, une mesure préventive, etc.). On effectue un suivi auprès des deux groupes sur une période donnée, et les résultats, comme la morbidité, la mortalité ou les effets indésirables, sont consignés pour évaluer l'intervention. » (1).

Intervalle de confiance : « Plage de valeurs tirée d'un échantillon ayant une probabilité donnée (habituellement 95 %) que la valeur réelle dans la population (le paramètre de la population) se situe dans cet intervalle. » (1).

Interventions dentaires non invasives : Interventions qui ne nécessitent pas l'ablation de tissus dentaires pour le traitement de la carie (2). Exemples d'interventions : les applications topiques de fluorures, le brossage des dents et les rince-bouches.

Lésion carieuse cavitaire : lésion carieuse montrant visuellement une atteinte dentinaire avec cavité au sens de l'ICDAS II (stades 5 et 6).

Meilleure pratique : « une intervention, un programme ou une initiative qui, dans le cadre de nombreuses mises en œuvre, a démontré :

1. une forte incidence (changements positifs liés aux objectifs souhaités);
2. un haut degré d'adaptabilité (adaptation et transférabilité réussies dans différents milieux);
3. une grande qualité des données probantes (qualité de la méthodologie de recherche ou d'évaluation, qui vient confirmer l'importance des résultats et les données sur l'adaptabilité) » (3).

En d'autres mots, dans le cadre de ce rapport, une meilleure pratique correspond à une pratique dont l'efficacité a été démontrée pour prévenir la carie ou pour arrêter ou limiter la progression de la carie débutante ou pour traiter la carie avancée, et ce, selon des preuves scientifiques de haute qualité. Il faut également que le contexte socioéconomique des populations ou des pays dans lesquels les études ont été menées soit comparable à celui du Québec.

Méta-analyse : mesure statistique de l'effet global d'une intervention calculée si les résultats quantitatifs des études relevées lors d'une revue systématique peuvent être combinés afin de fournir une estimation plus précise (4). Toutes les revues systématiques n'aboutissent pas forcément à une méta-analyse. En effet, une mesure de l'effet global portant sur plusieurs études de la revue n'est pas appropriée si ces études présentent une méthodologie trop différente, des critères d'évaluation trop éloignés ou une qualité insuffisante.

Odds ratio ou rapport de cotes : « valeur fondée sur le rapport entre deux probabilités; on l'utilise pour estimer l'impact causal d'un facteur. Tout comme le *risque relatif*, les valeurs statistiquement significatives supérieures à 1,0 représentent un risque plus élevé pour les personnes exposées; les valeurs inférieures à 1,0 indiquent que l'exposition était protectrice. On a recours au rapport de cotes pour estimer le risque relatif dans le cadre des études cas-témoin. » (1).

Pratiques d'alimentation du nourrisson : modalités d'utilisation du biberon et de la sucette à l'intention des parents pour prévenir ou limiter le risque de carie chez le nourrisson et le jeune enfant. Ces modalités font référence aux pratiques d'endormissement, éviter les liquides sucrés et favoriser la consommation de l'eau.

Période prénatale : qui se rapporte à la période avant la naissance (5).

Période postnatale : qui se rapporte à la période suivant la naissance (5).

Prévention : mesures visant à prévenir les maladies, depuis la réduction des facteurs de risque, les traitements pour limiter leur évolution jusqu'à la réduction des conséquences (1).

- **Prévention primaire** : ensemble des moyens mis en œuvre destinés à prévenir l'apparition d'une maladie en modifiant les facteurs de risque, les comportements ou les expositions qui peuvent y mener ou en protégeant contre l'effet de l'exposition à un agent pathogène.
- **Prévention secondaire** : ensemble des moyens mis en œuvre destinés à prévenir la manifestation ou l'évolution d'une maladie une fois contractée. La prévention secondaire favorise l'intervention à un stade précoce où le traitement de la maladie est souvent plus efficace.
- **Promotion de la santé** : « ensemble d'activités qui visent à améliorer la santé par l'éducation et au moyen d'interventions organisationnelles, économiques et politiques afin de favoriser des changements comportementaux propices à la santé. La promotion de la santé vise, à tout le moins, la prévention des maladies. Elle vise aussi à renforcer les compétences et la résilience des personnes et des groupements de la population. [...] » (1).

Responsable des soins buccodentaires de l'enfant : adulte autre que le parent, qui n'est pas un professionnel dentaire et qui est responsable de prodiguer les soins quotidiens d'hygiène buccodentaire de l'enfant.

Revue systématique : démarche scientifique rigoureuse de revue critique de la littérature consistant à rassembler, évaluer et synthétiser toutes les études pertinentes et parfois contradictoires qui abordent un problème donné et à limiter l'introduction d'erreurs aléatoires et systématiques ou de biais (4).

Risque relatif : « valeur qui indique l'influence d'un facteur causal putatif en comparant les taux d'incidence dans deux groupes : les personnes exposées au facteur et les personnes non exposées. Les valeurs statistiquement significatives supérieures à 1,0 représentent un risque élevé pour les personnes exposées; les valeurs significativement inférieures à 1,0 indiquent que l'exposition a eu un effet protecteur. Une valeur de 1,0 indique l'absence d'association entre l'exposition et le résultat. » (1).

Santé dentaire publique : branche de la médecine dentaire axée sur la promotion de la santé buccodentaire et la prévention des maladies buccodentaires à l'échelle populationnelle.

Stade de carie selon l'ICDAS II (6) : niveau de gravité de la lésion carieuse fondé sur sa description clinique selon l'examen visuel du dentiste, sans aide diagnostique. L'ICDAS II divise la gravité de l'atteinte carieuse en six stades :

- Stade 1 : premier changement visuel de l'émail
- Stade 2 : changement distinct de l'émail
- Stade 3 : rupture localisée de l'émail sans exposition dentinaire (microcavité)
- Stade 4 : ombre dentinaire sans cavité
- Stade 5 : cavité distincte avec exposition dentinaire occupant moins de 50 % de la face atteinte
- Stade 6 : cavité extensive avec exposition dentinaire occupant 50 % ou plus de la face atteinte

Les stades 1 et 2 désignent le niveau de gravité initial ou débutant, les stades 3 et 4 le niveau modéré et les stades 5 et 6 le niveau sévère ou avancé.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CPE	Carie de la petite enfance
IC	Intervalle de confiance
ICDAS II	<i>International Caries Detection and Assessment System II</i>
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MeSH	<i>Medical Subject Heading</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	<i>Odds ratio</i> ou ratio de cotes
PASDP	Plan d'action de santé dentaire publique
PNSP	Programme national de santé publique du Québec
RR	Risque relatif

MESSAGES CLÉS

Cette synthèse porte sur l'analyse de l'efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire pour la prévention de la carie chez les enfants de 0 à 4 ans. Ces travaux visent à soutenir le ministère de la Santé et des Services sociaux dans la révision des actions ciblant l'amélioration de la condition buccodentaire chez cette jeune clientèle, en vue de la réalisation du prochain *Programme national de santé publique du Québec* (PNSP).

Cette synthèse des connaissances repose sur une recension des écrits de haut niveau selon l'échelle des preuves scientifiques. Un total de 17 études ont servi d'assise afin d'analyser l'efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire comparativement à d'autres mesures préventives ou à aucune intervention. Les résultats de la présente synthèse permettent de constater que :

- À court terme, l'éducation à la santé buccodentaire est une mesure préventive qui permet possiblement de réduire l'expérience de la carie chez les 0-4 ans. Cependant, sur le plan clinique, les gains sont négligeables en dentition temporaire. D'autres études seront nécessaires pour mesurer son efficacité à long terme.
- La collaboration interprofessionnelle, en particulier lorsqu'elle est intégrée à un service ou programme de santé déjà existant, pourrait permettre d'améliorer l'état de santé buccodentaire des tout-petits et, dans une moindre mesure, celui de la mère, du parent ou du responsable des soins buccodentaires de l'enfant.
- La majorité des interventions d'éducation à la santé sont réalisées sur une base individuelle auprès de la mère, des parents ou du responsable des soins buccodentaires de l'enfant. L'analyse des thèmes abordés porte principalement sur : l'alimentation, les bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson (pratiques d'endormissement, évitement des liquides sucrés) et la santé buccodentaire. Il n'est toutefois pas possible de statuer sur la durée et la fréquence nécessaires pour obtenir un effet en raison du manque d'information dans les études ayant servi à l'analyse de la présente synthèse.
- Le transfert des connaissances sur la prévention de la carie passe par différents moyens. Les plus souvent utilisés sont : les dépliants ou autres documents écrits, des conseils transmis verbalement et la présentation de vidéos. À cela s'ajoute, la remise d'une trousse dentaire contenant principalement une brosse à dents et du dentifrice, mais peut également contenir un gobelet et/ou un doigtier dentaire.
- L'utilisation des médias sociaux est relativement nouvelle et la littérature sur ce sujet est peu abondante. L'état actuel des connaissances ne permet pas de se prononcer sur son efficacité.

- La majorité des études du corpus documentent les interventions d'éducation à la santé buccodentaire réalisées durant la période postnatale. Il n'est pas certain que la période prénatale ou les interventions débutant durant la grossesse et se poursuivant après la naissance de l'enfant constituent un bon moment pour faire de l'éducation à la santé buccodentaire. La littérature retenue dans la présente synthèse est peu foisonnante de sorte qu'il faudra d'autres études avant de statuer sur la période ou les périodes devant être privilégiées.
- Les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire par l'utilisation de l'entretien motivationnel afin de prévenir la carie en dentition temporaire.

SOMMAIRE

Mise en contexte

La carie de la petite enfance touche un nombre considérable d'enfants dans le monde, et le Québec ne fait pas exception à ce phénomène. Ce problème entraîne diverses complications pour les enfants atteints, incluant des douleurs, des infections et des difficultés dans leur capacité de mastication.

Quelques activités de promotion et de prévention de la carie chez les enfants de 0 à 4 ans issues de l'ancien *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* (7) sont actuellement incluses dans le *Programme national de santé publique* (PNSP) 2015-2025. Or, il existe une volonté ministérielle de bonifier les actions visant l'amélioration de la condition buccodentaire chez cette jeune clientèle, et ce, en vue du prochain PNSP. Dans le but d'obtenir un soutien pour sa prise de décision, le MSSS a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la responsabilité d'analyser la littérature scientifique sur les pratiques efficaces, dont les stratégies d'éducation à la santé buccodentaire pour la prévention de la carie chez les enfants de 0-4 an en contexte de santé publique.

Considérant le nombre et le type de nouvelles publications portant sur l'éducation à la santé, depuis la parution du *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* (7), la présente synthèse permet ainsi d'actualiser la littérature scientifique sur le sujet.

Questions de recherche

L'objectif de cette synthèse de connaissance vise à répondre aux questions de recherche suivantes :

Quelle est l'efficacité des interventions d'éducation à la santé buccodentaire comparativement à l'absence d'intervention ou à d'autres interventions pour prévenir la carie chez les enfants de 0 à 4 ans?

Trois périodes sont évaluées selon le moment où les interventions sont réalisées que ce soit auprès de la mère (enceinte ou non), du parent ou du responsable des soins buccodentaires de l'enfant :

- La période prénatale;
- La période postnatale;
- Les interventions amorcées en période prénatale et poursuivies en période postnatale.

Quelle est l'efficacité de l'entretien motivationnel réalisé auprès de la mère (enceinte ou non), du parent ou de la personne responsable des soins buccodentaires de l'enfant comparativement à l'absence d'intervention ou à d'autres interventions pour la prévention de la carie chez les enfants de 0 à 4 ans?

Méthodologie

La présente synthèse utilise une approche narrative systématisée des écrits scientifiques. La recherche documentaire a été réalisée en ciblant les documents publiés entre janvier 2005 et le 29 juin 2022 dans cinq bases de données : *Medline*, *Embase*, *Global Health*, *PsycINFO* et *ERIC*. Les résultats de cette étape ont permis de recenser 1710 publications.

Une première sélection a été effectuée sur la base des titres et des résumés selon les critères d'inclusion et d'exclusion préétablis. Cette sélection a été réalisée par trois dentistes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), préalablement calibrées. Les documents retenus ont par la suite fait l'objet d'une lecture complète par une seule des dentistes. Dans le but de structurer les informations et de faciliter leur analyse, une grille d'analyse a été remplie pour chacun des documents. Ainsi, un total de 17 publications ont été sélectionnées pour la présente synthèse, mais aucune évaluation systématique de la qualité des études retenues n'a été réalisée. Par contre, le niveau d'appui scientifique de chacun des constats a été établi par consensus entre les trois dentistes en tenant compte de différents critères (nombre de publications retenues, leur devis, l'ampleur de l'effet et la cohérence des résultats entre les études).

Résultats

Cette synthèse a permis de faire ressortir plusieurs constats. Dans un premier temps, il ressort de cela que l'éducation à la santé buccodentaire est une mesure possiblement efficace de prévention de la carie chez les enfants de 0-4 ans. La qualité de cette évidence est cependant faible et le gain clinique est somme toute négligeable.

Par ailleurs, les professionnels ne relevant pas du domaine dentaire peuvent jouer un rôle clé dans l'éducation à la santé buccodentaire auprès des mères (enceintes ou non), des parents et des responsables des soins buccodentaires de l'enfant. Leur contribution pourrait permettre de rejoindre un plus grand nombre de personnes dans la population que ce soit par les cliniques de vaccination, les centres de santé ou par des visites à domicile. Cependant, les preuves soutenant ce constat sont faibles.

Une variété de moyens sont utilisés pour transmettre les connaissances sur la prévention de la carie dont les plus fréquents sont : des dépliants ou autres documents écrits, des conseils transmis verbalement et des vidéos. Leurs contenus et les sujets abordés varient, mais les conseils sur une saine alimentation et sur les bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson (utilisation du biberon : pratiques d'endormissement, éviter les liquides sucrés, favoriser la consommation de l'eau) figurent en tête de liste des informations transmises auprès de la mère (enceinte ou non), du parent ou de la personne responsable des soins.

Par ailleurs, les résultats des études consultées se sont avérés insuffisants pour tirer des conclusions quant à l'efficacité potentielle de cette mesure préventive réalisée uniquement durant la période prénatale ou ayant débuté durant la grossesse et poursuivie après la naissance

jusqu'à l'âge de deux ans. D'autres études seront nécessaires afin d'approfondir les possibles bénéfices des interventions d'éducation à la santé buccodentaire réalisées au cours de ces périodes pour la prévention de la carie en dentition temporaire à court et long terme.

En revanche, la littérature recensée était plus abondante pour les activités d'éducation à la santé buccodentaire réalisées au cours de la période postnatale. De fait, dix des treize études analysées ont été réalisées après la naissance de l'enfant. Les résultats observés révèlent une réduction significative de l'expérience de la carie chez les 4 ans et moins. Cependant, en vertu de l'analyse émanant de la présente synthèse, le gain clinique serait somme toute négligeable à court terme. De plus, les travaux menés dans le cadre de cette synthèse ne permettent pas d'identifier quelle intervention d'éducation à la santé est la plus efficace durant cette étape du développement de l'enfant.

Enfin, l'analyse de la présente synthèse n'a pas permis de conclure à une possible efficacité de l'utilisation de l'entretien motivationnel pour la prévention de la carie de la petite enfance. On ne peut prétendre à sa supériorité par rapport à d'autres mesures non invasives. La variabilité dans le nombre et la durée des rencontres empêche de tirer une conclusion claire. Ainsi, afin de déterminer l'efficacité à court et long terme de cette approche pour la prévention de la carie en dentition temporaire, d'autres études seront nécessaires.

Conclusion

Les résultats de la présente synthèse suggèrent que l'éducation à la santé buccodentaire est une mesure préventive qui peut être bénéfique dans la lutte pour la prévention de la carie en dentition temporaire. Cette efficacité est constatée lorsqu'elle est amorcée au cours de la période postnatale auprès des mères, parents ou personnes responsables des soins buccodentaires de l'enfant. L'état actuel des connaissances ne permet pas de se prononcer avec certitude sur la période à privilégier pour faire de l'éducation à la santé buccodentaire. Dans ce contexte, il est impératif de mener des recherches supplémentaires. Il en va de même pour l'utilisation de l'entretien motivationnel pour lequel il n'a pas été possible de conclure sur son efficacité.

1 MISE EN CONTEXTE

La *carie de la petite enfance*¹ touche un nombre considérable d'enfants dans le monde, et le Québec ne fait pas exception à ce phénomène. Ce problème entraîne diverses complications pour les enfants atteints, incluant des douleurs, des infections et des difficultés dans leur capacité de mastication.

Quelques activités de *promotion* et de *prévention* de la carie chez les enfants de 0 à 4 ans proposées dans l'ancien *Plan d'action de santé dentaire publique* (PASDP) 2005-2012 (7) sont reprises dans le *Programme national de santé publique* (PNSP) 2015-2025. Or, il existe une volonté ministérielle de bonifier les actions visant l'amélioration de la condition buccodentaire chez cette jeune clientèle, et ce, en vue du prochain PNSP. Ainsi, dans le but de soutenir sa prise de décision, le MSSS a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat d'analyser la littérature scientifique récente sur les pratiques efficaces de prévention de la carie dentaire chez les enfants de 0 à 4 ans en contexte de santé publique.

En 2019, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publiait un document intitulé *Ending childhood dental caries: WHO implementation manual* (8). L'OMS suggérait différentes interventions de prévention de la carie auprès de la clientèle 0-4 ans. Une analyse préprojet du document avait d'ailleurs conduit l'INSPQ à identifier 21 pratiques destinées à prévenir la carie de la petite enfance, dont les interventions d'éducation à la santé buccodentaire. Il est à noter que quatre de ces pratiques² ont déjà fait l'objet d'une synthèse rapide par l'INSPQ (9). Trois autres étaient considérées comme une *meilleure pratique* ou une pratique pour laquelle il existait un bon niveau de confiance pour conclure à une meilleure pratique. Il s'agit de la fluoruration de l'eau potable, l'application de vernis fluoré et l'application de fluorure diamine d'argent pour la dentition temporaire. Mais, cette analyse a également révélé que les interventions d'éducation à la santé méritaient d'être étudiées davantage en raison du nombre et du type de nouvelles publications éditées depuis la parution du *PASDP 2005-2012*.

¹ La définition des termes en italique se trouve dans le glossaire.

² Les quatre pratiques sont : les scellants dentaires, les infiltrations de résine, le traitement restaurateur atraumatique et le traitement restaurateur atraumatique modifié à l'argent.

2 QUESTIONS DE RECHERCHE

Cette synthèse des connaissances vise à répondre aux questions de recherche suivantes :

- Quelle est l'efficacité des interventions d'éducation à la santé buccodentaire comparativement à l'absence d'intervention ou à d'autres interventions pour prévenir la carie chez les enfants de 0 à 4 ans?
- La période de déploiement des interventions d'éducation à la santé buccodentaire, que ce soit durant la *période prénatale*, *postnatale* ou ces deux périodes, influence-t-elle l'efficacité de la mesure?
- Quelle est l'efficacité de l'entretien motivationnel³ réalisé auprès de la mère (enceinte ou non), du parent ou de la personne responsable des soins buccodentaires de l'enfant comparativement à l'absence d'intervention ou à d'autres interventions pour la prévention de la carie chez les enfants de 0 à 4 ans?

³ L'analyse préprojet de l'NSPQ du document produit par l'OMS en 2019 (8) a démontré que l'entretien motivationnel comptait parmi les interventions clés menant à la prévention de la carie de la petite enfance. De plus, la recherche documentaire a permis de recenser suffisamment d'études au devis robuste pour en faire à elle seule, une question de recherche. Cette pratique a donc été traitée indépendamment des autres mesures d'éducation à la santé dans le cadre de cette synthèse.

3 MÉTHODOLOGIE

La présente synthèse des connaissances porte sur l'efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire dans la prévention de la carie chez les enfants de 0 à 4 ans. Elle utilise une approche narrative systématisée des écrits scientifiques mixtes. Pour ce faire, les étapes suivantes ont été réalisées : formulation des objectifs, élaboration et application de la stratégie de recherche, sélection des documents en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion, extraction des données et des résultats dans un tableau prédéfini. En ce qui concerne les résultats provenant des études de type méta-analyse, seuls les résultats agrégés ont été retenus aux fins de la présente analyse.

3.1 Stratégie de recherche documentaire

La recherche documentaire a été menée avec la collaboration d'une bibliothécaire de l'INSPQ (annexe 1). Elle a été élaborée selon une série de mots-clés (descripteurs MeSH [*Medical Subject Heading*] ou en langage naturel) identifiés d'après un plan de recherche à quatre concepts en lien avec l'objectif principal : 1) petite enfance; 2) efficacité/évaluation de l'intervention; 3) interventions (pratiques de promotion et d'éducation à la santé buccodentaire) et 4) santé buccodentaire (carie dentaire). La période de repérage de la recherche documentaire s'est échelonnée de janvier 2005 au 29 juin 2022. Le choix de restreindre la date du début du repérage repose sur le besoin de documenter l'évolution des connaissances depuis la publication en 2006 du *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* (7) du gouvernement du Québec.

La recherche a été lancée le 29 juin 2022 dans cinq bases de données de littérature scientifique. Les bases de données *Medline*, *Embase*, *Global Health* et *PsycINFO* ont été interrogées au moyen de la plateforme *Ovid* et par la plateforme *EBSCO* pour les bases de données *ERIC*. La recherche documentaire a été limitée aux études de langues anglaise et française pour des raisons de compréhension de la part du chercheur.

En tenant compte de l'échéancier prévu pour terminer cette synthèse, la recherche de la littérature grise n'a pas été entreprise.

3.2 Sélection des documents

Sur la base des titres et des résumés, une première sélection a été réalisée par les trois dentistes de l'INSPQ, préalablement calibrées. La calibration s'est faite à partir de la lecture de vingt-cinq titres et résumés sélectionnés au hasard par la dentiste responsable du projet. Les critères d'inclusion et d'exclusion détaillés au tableau 1 ont été pris en compte pour valider la concordance⁴ entre les trois dentistes. En cas de désaccord, une discussion avait lieu avec les trois dentistes jusqu'à l'obtention d'un consensus. Puis, deux dentistes ont procédé de manière indépendante au tri des titres et des résumés des méta-analyses et des revues systématiques. Ils ont été par la suite validés par la troisième dentiste afin de réduire le risque de biais à l'égard de leurs sélections.

Les documents retenus lors de cette première étape ont ensuite fait l'objet d'une lecture complète par une seule dentiste. Selon les critères d'inclusion et d'exclusion préétablis (tableau 1), les documents jugés pertinents ont été retenus pour l'extraction des données et pour l'analyse. Ces critères définissaient les balises de la recherche en matière de population, d'intervention, de comparaison, de résultats, de types d'étude et de publications ciblées, de période de repérage et de langue. Étant donné la disponibilité d'un nombre suffisant d'études de synthèse, il a été décidé de ne retenir que les méta-analyses et les revues systématiques en raison de leur méthodologie spécifiquement adaptée pour synthétiser les résultats de plusieurs études portant sur le même objet.

De plus, afin d'obtenir un portrait à jour des écrits scientifiques, les études cliniques randomisées, de cohortes et quasi expérimentales avec comparaison publiées après la période de repérage des études de synthèse retenues ont aussi été incluses.

Dans l'incertitude relativement à l'admissibilité ou l'inclusion d'une publication, une deuxième dentiste était consultée. Lorsqu'il n'y avait pas de consensus, une tierce personne était engagée dans la décision. L'annexe 2 fournit les renseignements sur le nombre de publications considérées lors de chacune des étapes du processus de sélection des documents.

⁴ Il n'y a pas eu de calcul de la concordance.

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Dimension	Inclusion	Exclusion
Population	• Enfants de 0 à 4 ans • Dentition temporaire	• Enfants de 5 ans et plus • Enfants de moins de 5 ans présentant une condition particulière • Dentition permanente
Intervention Intervention réalisée auprès de : mères (enceintes ou non), parents ou personnes responsables des soins de l'enfant, enfants de 0 à 4 ans	• Interventions de promotion et de prévention basées sur l'éducation à la santé buccodentaire • Tous les milieux sauf exclusion • Combinaison de pratique d'éducation à la santé buccodentaire • Toute personne prodiguant l'intervention	• Interventions en cabinets dentaires privés (curatifs et préventifs) • Traitements pharmacologiques
Comparaison	• Groupe témoin n'ayant reçu aucune intervention • Groupe témoin exposé à une intervention autre que celle d'éducation de promotion et d'éducation à la santé	• Aucune restriction
Résultats (Outcomes)	Efficacité à prévenir la carie au niveau individuel ou populationnel : • Incidence de la carie (présence/absence ou caod/caof * [ou ses composantes]) • Prévalence de la carie (présence/absence ou caod/caof [ou ses composantes]) • Arrêt de la carie (présence/absence) • Renversement du processus carieux (présence/absence) • Progression des lésions carieuses (présence/absence ou caod/caof [ou ses composantes])	• Effets indésirables sur la santé dentaire et sur la santé générale • Aspects cliniques • Efficacité à retarder l'évolution de la carie dentinaire (prévention tertiaire) • Faisabilité • Accessibilité • Inégalités sociales de santé • Aspects économiques • Acceptabilité sociale • Enjeux éthiques • Connaissances, perceptions et habiletés des mères (enceintes ou non), parents ou personnes responsables des soins buccodentaires de l'enfant
Type de publication	• Étude in vivo • Documents de synthèse : méta-analyses en réseau, méta-analyses, revues systématiques, • Études cliniques randomisées (<i>split-mouth</i> ou avec groupes parallèles), études de cohortes, études cas-témoins et études quasi expérimentales avec comparaison	• Autres types de documents

* caod/caof : nombre de dents ou de faces cariées, absentes ou obturées en raison de la carie en dentition temporaire. Le caod/caof peut se déconstruire en trois composantes : nombre de dents ou faces cariées (cd/cf), absentes pour cause de carie (ad/af) et obturées pour cause de carie (od/of).

3.3 Extraction des données, analyse et synthèse

L'extraction des données pour chacun des articles a été structurée de la façon suivante :

- Une grille d'extraction des données a été utilisée afin de recueillir les renseignements pertinents pour procéder à leur analyse soit le type d'étude, l'année de publication, l'objectif de l'étude, le lieu géographique, la période de repérage⁵, la population visée, la méthodologie, les données sur l'efficacité de la mesure préventive de la carie, le milieu d'intervention, la description de la mesure préventive ainsi que la ou les personnes responsables de l'application de la mesure préventive, la description de celle-ci, les conclusions et les limites. De plus, il importe de préciser que les données sur l'efficacité de l'éducation à la santé et l'entretien motivationnel ont été recueillies et analysées dans cette synthèse en fonction de deux types de prévention c'est-à-dire *primaire* et *secondaire*.
- Les informations pertinentes de chacun des documents retenus ont été colligées dans la grille par l'auteure. En cas de doute sur l'interprétation des données, une deuxième dentiste était consultée.
- Aucune analyse critique de la qualité des documents retenus n'a été effectuée par l'auteur. Cependant, soulignons que les documents proviennent tous de revues ayant un processus de révision par les pairs.
- L'analyse des données extraites et la synthèse ont été réalisées par une seule dentiste.
- L'efficacité à long terme a été fixée à plus de trente-six mois après la dernière intervention. Celle-ci a été établie à partir de ce qui est généralement retrouvé dans la littérature.
- Lorsqu'une revue systématique rapportait un effet positif en faveur de l'intervention dans 51 % et plus des études primaires examinées, cet effet était présenté dans le tableau par le symbole « + ». Dans le cas contraire, le symbole « 0 » était utilisé lorsque l'effet de l'intervention était non significatif dans 51 % et plus des études primaires retenues. En l'absence d'effet, le symbole « - » était utilisé.
- Une évaluation du niveau d'appui scientifique a été effectuée pour chacun des constats ressortis. Cet appui est basé sur le nombre de publications retenues, leur devis, l'ampleur de l'effet et la cohérence des résultats entre les études (annexe 4).
- Bien qu'aucun seuil précis n'ait été fixé concernant ces critères, la détermination finale du niveau d'appui scientifique s'est faite par une discussion entre trois dentistes, incluant l'auteure de cette synthèse, jusqu'à l'obtention d'un consensus (annexe 4). Par conséquent, aucune démarche d'analyse systématique reposant sur l'utilisation d'outils reconnus n'a été utilisée. Les définitions des niveaux de preuves scientifiques sont présentées au tableau suivant.

⁵ En référence à la période de repérage des articles inclus dans les revues systématiques et méta-analyses.

Tableau 2 Échelle et définition des niveaux d'appui scientifique utilisés dans le cadre de cette synthèse (10).

Élevé	Confiance que l'effet est réel et que d'autres études n'y changeraient rien.
Modéré	Confiance modérée que l'effet est réel, mais il serait possible que d'autres études modifient cette conclusion.
Faible	Peu ou pas de confiance dans l'estimation d'un effet et que d'autres études changeraient possiblement cette estimation.
Données insuffisantes	Les données scientifiques sont insuffisantes pour se prononcer sur un effet possible.

3.4 Révision par les pairs

En conformité avec le *Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques* de l'Institut national de santé publique du Québec, une version préfinale du rapport a été soumise à trois réviseurs externes. En prenant appui sur la grille institutionnelle (11), les réviseurs ont été conviés à valider l'exactitude du contenu d'un rapport, la pertinence des méthodes utilisées et le caractère approprié des conclusions et des pistes d'action proposées. L'équipe projet a élaboré un tableau indiquant chacun des commentaires reçus, ceux qui ont été retenus ou non, pour quelles raisons ainsi que le traitement qui en a été fait dans la version finale.

4 RÉSULTATS

Dans le cadre de cette synthèse, toutes les stratégies éducatives examinées seront analysées, sans référence à leur appartenance aux concepts de promotion de la santé ou de prévention. La mesure d'efficacité retenue est la capacité à prévenir la carie sur les faces saines des dents (prévention primaire). En effet, bien que la capacité à limiter la progression des lésions non cavitaires (prévention secondaire) soit aussi ciblée, aucune étude visant cet objectif n'a été repérée par la recherche documentaire.

Les résultats sont présentés dans l'ordre des questions de recherche et pour chacune d'elles, une description du corpus d'études retenues et de leurs caractéristiques est présentée. De plus, ces résultats sont également présentés en fonction des différentes périodes telles que la période prénatale, postnatale et la continuité de ces interventions à partir de la grossesse jusqu'après la naissance. La dernière section porte sur l'efficacité de l'entretien motivationnel réalisé auprès de la mère (enceinte ou non) des parents ou d'un proche responsable des soins buccodentaires de l'enfant sur la prévention de la carie de la petite enfance. Un constat clôt chacune des sections.

4.1 Résultats de la recherche documentaire

La stratégie documentaire a permis de repérer un total de 3095 références. Après dédoublement, 1710 références ont été identifiées. De ce nombre, 61 publications ont été retenues sur la base de leur titre et de leur résumé. Après la révision de leur texte intégral, 17 études ont été incluses dans la présente synthèse.

4.2 Description des études incluses

Éducation à la santé buccodentaire

Un total de treize publications ont été répertoriées au sujet de l'efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire pour prévenir la carie. Elles proviennent du Brésil (12, 13), d'Iran (14, 15), d'Australie (16–18), du Royaume-Uni (19, 20), de la Suède (21), de l'Inde (22), de la Thaïlande (23) et de la Nouvelle-Zélande (24).

Parmi les devis ayant servi d'assise pour la présente synthèse, on compte deux méta-analyses (18, 20), quatre revues systématiques (13, 16, 19, 22), trois études cliniques randomisées (12, 14, 15), trois études de cohortes (17, 21, 24) et une étude quasi expérimentale avec groupe de comparaison (23). La période de publication des études retenues s'est échelonnée de 2016 à 2022.

Dans près de la moitié des études (13, 14, 16, 19–21), l'éducation à la santé buccodentaire a été réalisée par des professionnels autres que ceux relevant du domaine dentaire. Ainsi, des infirmières, du personnel administratif, des médecins, des pédiatres, des organisateurs communautaires, des nutritionnistes, des conseillers en santé et des bénévoles préalablement

formés (14, 16–20) ont réalisé des activités d'éducation à la santé buccodentaire dans le cadre de leur pratique.

Parmi les treize études retenues, dix publications concernent la période postnatale (12, 13, 15–17, 19–21, 23, 24). Les études répondant aux critères de sélection et ayant mesuré l'efficacité à long terme des activités éducatives sur la prévention de la carie sont peu abondantes pour cette période. De fait, une seule a été incluse aux fins de l'analyse (17). Seulement deux études ont été répertoriées pour la période prénatale (16, 22) et deux couvrent les activités d'éducation à la santé débutant au cours de la période prénatale et se poursuivant durant la période postnatale (14, 16).

Une étude n'a cependant pu être classée dans l'une ou l'autre de ces périodes (18) alors qu'une autre étude s'est intéressée à la fois à la période prénatale et/ou postnatale (16).

Entretien motivationnel

Les quatre études répondant aux critères d'inclusion proviennent du Brésil (25), de l'Iran (26) et de la Chine (27, 28). L'analyse de cette synthèse repose sur deux méta-analyses (25, 26), une revue systématique (27) et une étude clinique randomisée (28). Elles ont été publiées entre 2014 et 2020. La recherche documentaire n'a cependant pas permis de recenser des études correspondant à la définition de l'effet à long terme déterminé pour la présente synthèse.

4.3 Caractéristiques des interventions et efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire

Description de l'éducation à la santé

Pour l'OMS (29), l'éducation à la santé est une façon d'aider les individus à décrypter leur propre comportement et à saisir son influence sur leur santé. Par celle-ci, on les encourage à effectuer leur propre choix en vue d'une vie plus saine, sans jamais contraindre les individus à changer.

L'éducation en matière de santé milite en faveur de l'adoption de comportements favorables à la préservation de la santé, à la prévention des maladies, à la guérison en cas de maladie et à la facilitation de la réadaptation (29). Mais comme le souligne l'OMS (29), « L'éducation pour la santé n'est pas synonyme d'information pour la santé. » Si l'information représente un pilier essentiel de l'éducation à la santé, il est tout aussi crucial d'aborder d'autres facteurs qui vont influencer les comportements liés à la santé (29). Parmi ceux-ci figurent la disponibilité des ressources, le soutien social offert par la famille, ainsi que la capacité individuelle et populationnelle à prendre des initiatives (29). C'est pourquoi l'éducation à la santé met en œuvre une variété de méthodes pour aider les individus à comprendre leur condition actuelle et à choisir les actions qui favoriseront leur bien-être.

Ainsi, l'éducation à la santé buccodentaire offre la possibilité d'apprendre au moyen d'une multitude de moyens de communication ayant pour objectif d'améliorer les compétences en matière de santé y compris l'approfondissement des connaissances et le transfert d'aptitudes pratiques utiles à la promotion de la santé aux niveaux individuel et communautaire (30).

Caractéristiques des interventions

La majorité des activités d'éducation à la santé buccodentaire (11 études sur 13) se sont déroulées sur une base individuelle. De ce nombre, quatre études ont dirigé leurs interventions auprès de la mère qu'elle soit enceinte ou non (15–18), trois autres indiquent une participation des parents (12, 13, 21) tandis que deux études ont documenté exclusivement la participation des femmes enceintes (14, 22). Deux études recensées impliquaient la collaboration du responsable des soins buccodentaires de l'enfant (18, 23) sans spécifier s'il s'agissait d'un ou des deux parents. Finalement, deux études ont mené leurs interventions auprès de la mère ou de la personne responsable des soins buccodentaires de l'enfant (19, 20).

Près de la moitié du corpus scientifique analysé fournit une description partiellement détaillée des messages éducatifs utilisés auprès de la mère (enceinte ou non), des parents ou du responsable des soins buccodentaires (12, 14, 15, 17, 21, 22). Les thèmes sur l'alimentation, l'hygiène buccodentaire et les bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson⁶ constituent le cœur des sujets abordés. Dans sept des treize études, on a clos les activités d'éducation à la santé buccodentaire avec la remise d'une trousse dentaire⁷.

Les études recensées ne fournissent que peu d'information sur la durée des interventions et le temps alloué à celles-ci. En outre, le nombre d'interventions et les différentes mesures utilisées pour le diagnostic de la carie dans les études font état d'une grande hétérogénéité, ce qui limite l'analyse de l'efficacité. Toutefois, pour la majorité des documents recensés, il y a un espacement de six mois entre la première rencontre et la ou les suivantes. En ce qui a trait à la période de suivi menant à la mesure de l'effet sur la prévention de la carie en dentition temporaire, elle est également variable allant de 6 à 48 mois après la dernière intervention éducative.

Une description plus détaillée des études est présentée à annexe 3.

⁶ En référence aux recommandations sur le bon usage du biberon (ne pas donner le biberon au coucher et éviter les liquides sucrés dans celui-ci).

⁷ Description du contenu de la trousse : brosse à dents et dentifrice fluoré (14, 16, 17, 19–21, 23), gobelet ou une brosse à dents style doigtier (16, 19–21).

Efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire

Les treize études ont évalué l'éducation à la santé buccodentaire en vertu de sa capacité à prévenir et réduire l'expérience de la carie en dentition temporaire (tableaux 3 et 4). Parmi celles-ci, neuf ont conclu à un effet positif significatif de l'intervention. L'utilisation de documentations écrites, d'audiovisuels et de conseils verbaux combinés à d'autres moyens comme la remise de produits dentaires appropriés à l'âge de l'enfant, des activités de counseling ou des stratégies pour renforcer les changements de comportement constituent les principales approches utilisées par les intervenants. Cependant, l'ensemble du corpus n'a pas comparé ni mesuré l'efficacité de ces différents outils sur la prévention de la carie en dentition temporaire. Dans ce contexte, la présente analyse ne permet pas de déterminer l'efficacité de ces différents outils pour la prévention de la carie chez les 0-4 ans.

Néanmoins, la nature des conseils donnés à la mère (enceinte ou non), aux parents ou autres personnes responsables des soins buccodentaires de l'enfant, pourrait avoir une influence sur la santé buccodentaire de ce dernier. C'est ce qui ressort d'une étude (18) qui a évalué l'efficacité des interventions d'éducation à la santé buccodentaire réalisées auprès de la mère (enceinte ou non), des parents ou du responsable des soins buccodentaires. Dans cette synthèse quantitative (18), la combinaison de conseils portant sur une saine alimentation et sur les bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson comme recommander de ne pas donner le biberon au coucher et éviter l'utilisation de liquides sucrés, a conduit à une réduction probable de 15 % du risque de carie en dentition temporaire comparativement à des soins standards⁸ (18). Malgré cette réduction de 15 % dévoilée par la méta-analyse, les chercheurs estiment que l'hétérogénéité élevée des études primaires soulève un degré d'incertitude modéré (selon l'échelle GRADE) concernant l'efficacité de cette mesure. Cette combinaison entraînerait probablement une légère réduction du risque de carie lorsque ces conseils sont donnés au cours de la première année de vie, voire durant la grossesse (18).

De plus, ces chercheurs font valoir que de donner seulement des conseils sur l'allaitement ou sur l'importance d'une saine alimentation en lien avec la carie ou sur l'hygiène buccodentaire, ne diminuent pas de façon significative le risque de développer la carie en dentition temporaire. Riggs et collab. (18) suggèrent de mener d'autres études fondées sur des devis plus robustes pour conclure à son efficacité.

⁸ Non précisé par Riggs et collab. (18).

Tableau 3 Types d'études, interventions, groupes de comparaison, résultats mesurés, effet rapporté et niveau de preuve selon les chercheurs pour l'utilisation de l'éducation à la santé buccodentaire sur la prévention de la carie en dentition temporaire

Auteur (année)	Réf.	Nbre d'études primaires	Intervention	Comparaison	Résultats mesurés	Effet rapporté	Niveau de preuve selon les chercheurs
Méta-analyses							
Faisal et collab. (2022)	(20)	18	Combinaison d'interventions d'éducation à la santé buccodentaire réalisées par des professionnels ne relevant pas du domaine dentaire	Aucune intervention, services de base fournis par les professionnels en santé, distribution de l'information sur la santé buccodentaire en utilisant un seul des moyens suivants : verbale ou écrite ou par vidéo	Réduction moyenne des faces cariées	+	Faible
Riggs et collab. (2019)	(18)	3	Combinaison de conseils sur l'alimentation et les bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson (ne pas donner le biberon au coucher et éviter les liquides sucrés dans celui-ci) réalisés dans la première année de vie de l'enfant	Soins standards ^a	Réduction du risque de développer la carie	+	Modéré
		2	Conseils sur la promotion et le support à l'allaitement réalisés dans la première année de vie de l'enfant	Soins standards ^a	Réduction du risque de développer la carie	0	Faible
		1 ^b	Conseils sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant réalisés dans la première année de vie de l'enfant	Soins standards ^a	Réduction du risque de développer la carie	0	Très faible
		2	Conseils portant sur l'hygiène buccodentaire et la nutrition et sur les pratiques d'alimentation du nourrisson réalisés dans la première année de vie de l'enfant	Soins standards ^a	Réduction du risque de développer la carie	0	Faible

Tableau 3 Types d'études, interventions, groupes de comparaison, résultats mesurés, effet rapporté et niveau de preuve selon les chercheurs pour l'utilisation de l'éducation à la santé buccodentaire sur la prévention de la carie en dentition temporaire (suite)

Auteur (année)	Réf.	Nbre d'études primaires	Intervention	Comparaison	Résultats mesurés	Effet rapporté	Niveau de preuve selon les chercheurs
Revue systématique							
El Fadl et collab. (2016)	(19)	13/21	Activités d'éducation à la santé buccodentaire réalisées par des infirmières et leurs collaborateurs	Non mentionné	Réduction de l'expérience de la carie	+	Modéré
George et collab. (2019)	(16)	9/9	Éducation à la santé réalisée au cours de la période prénatale, postnatale, ou débutée durant la grossesse et poursuivie après la naissance par des professionnels ne relevant pas du domaine dentaire	Aucune intervention; remise d'un dépliant seul, présentation uniquement d'une vidéo; interventions usuelles de périnatalité	Réduction de l'expérience de la carie	+	Faible
Henry et collab. (2017)	(22)	4/4	Programmes d'éducation à la santé buccodentaire réalisés auprès des femmes enceintes	Non mentionné	Réduction de l'expérience de la carie	0	Élevé
Menegaz et collab. (2018)	(13)	8/14	Activités d'éducation à la santé buccodentaire réalisées dans les centres de première ligne par des professionnels ne relevant pas du domaine dentaire	Non mentionné	Réduction de l'expérience de la carie	0	Non mentionné

+ : effet statistiquement significatif en faveur de l'intervention

0 : effet non significatif de l'intervention

a : non précisé par Riggs et collab. (18)

b : revue systématique

Tableau 4 Types d'études, interventions, groupes de comparaison, résultats mesurés et effet rapporté pour l'utilisation de l'éducation à la santé buccodentaire sur la prévention de la carie en dentition temporaire

Auteur (année)	Réf.	Intervention	Comparaison	Résultats mesurés	Effet rapporté
Études cliniques randomisées					
Deghatipour et collab. (2021)	(14)	Éducation à la santé buccodentaire réalisée par des professionnels ne relevant pas du domaine dentaire déployée selon quatre modalités : rencontres de groupes, rencontres individuelles, utilisation des médias sociaux, la combinaison des trois précédentes modalités	Aucune intervention	Prévention de la carie	+
Lotto et collab. (2020)	(12)	Envoi de messages textes aux deux semaines portant sur la santé buccodentaire (71 à 147 mots maximum)	Non mentionné	Réduction moyenne de l'expérience de la carie	0
Razeghi et collab. (2020)	(15)	Éducation à la santé buccodentaire et application de vernis fluoré et rappels téléphoniques	Éducation à la santé buccodentaire et application de vernis fluoré	Diminution du nombre de lésions carieuses débutantes	0

Tableau 4 Types d'études, interventions, groupes de comparaison, résultats mesurés et effet rapporté pour l'utilisation de l'éducation à la santé buccodentaire sur la prévention de la carie en dentition temporaire (suite)

Auteur (année)	Réf.	Intervention	Comparaison	Résultats mesurés	Effets rapportés
Études de cohorte					
Brännemo et collab. (2020)	(21)	Intégration de l'éducation à la santé buccodentaire dans un programme de soutien parental destiné aux familles plus vulnérables	Aucune intervention	Développement de nouvelles caries	+
Harrison-Barry et collab. (2022)	(17)	Conseils sur l'alimentation et l'hygiène buccodentaire à domicile ou par contacts téléphoniques	Aucune intervention	Développement de nouvelles caries	+
Rush et collab. (2019)	(24)	Conseils sur une saine alimentation et l'impact sur la santé buccodentaire dispensés dans les centres de la petite enfance	Aucune intervention	Diminution du nombre de lésions carieuses visibles	+
Étude quasi expérimentale avec groupe de comparaison					
Kimhasawad et collab. (2021)	(23)	Approche psychologique fondée sur la théorie de la motivation à la protection combinée à l'éducation à la santé ^a	Éducation à la santé	Développement de nouvelles lésions carieuses	+

+ : effet statistiquement significatif en faveur de l'intervention

0 : effet non significatif de l'intervention

a : approche psychologique qui part du principe que les comportements qui motivent un individu à se protéger sont conditionnés par les quatre facteurs suivants : la perception des participants à l'égard de la gravité de la carie dentaire, de la vulnérabilité perçue (est-ce que mon enfant est à risque de carie dentaire?), de la confiance en l'auto-efficacité (suis-je capable de mettre en pratique les recommandations de l'hygiéniste dentaire?) et la croyance en l'efficacité de la réponse (les recommandations de l'hygiéniste dentaire sont-elles efficaces pour prévenir la carie dentaire?) (23)

Dans les treize études constituant le corpus scientifique, six ont eu recours à des professionnels autres que ceux relevant du domaine dentaire pour réaliser les interventions d'éducation à la santé buccodentaire (13, 14, 16, 19–21). Parmi celles-ci, cinq ont conclu à un effet positif significatif de l'intervention se traduisant par une réduction de l'expérience de la carie chez les enfants de 0 à 4 ans. Pour Georges et collab. (16) et El Fadl et collab. (19) les professionnels non dentaires peuvent étendre la portée de leur pratique en introduisant des activités de santé buccodentaire, évaluant le risque et dirigeant vers un dentiste. Pour sa part, Brännemo et collab. (21) concluent que les enfants de parents ayant bénéficié d'un programme de soutien parental incluant un volet buccodentaire dès leur naissance et entrepris par des professionnels non dentaires avaient une proportion plus faible de carie que ceux du groupe contrôle à l'âge de trente-six mois⁹. Une étude qui s'est intéressée à l'utilisation de quatre stratégies¹⁰ de communication de l'information éducative par des professionnels autres que ceux du domaine dentaire, a montré que les enfants n'ayant reçu aucune information étaient quatre fois plus susceptibles de développer de la carie que ceux ayant reçu soit des activités éducatives par une approche individuelle, soit les trois interventions combinées (14). Par ailleurs, bien que les résultats de la méta-analyse de Faisal et collab. (20) aient démontré une réduction moyenne significative de 0,15 face cariée, absente ou obturée en dentition temporaire, ces chercheurs considèrent que les preuves scientifiques sont faibles et suggèrent d'autres études avec un devis plus robuste avant de conclure. Seulement une étude est associée à une absence d'effet significatif (13). Cette étude n'a pas été en mesure de démontrer de manière significative l'efficacité de la prévention de la carie par l'intégration d'activités d'éducation à la santé dans les services de premières lignes (13).

Deux études de cohorte ont conclu à un effet positif de l'intervention sur la prévention de la carie. La première a démontré qu'à long terme, les activités d'éducation à la santé buccodentaire réalisées au domicile des parents six mois après la naissance de l'enfant avec des suivis jusqu'à 42 mois étaient plus efficaces que des suivis réalisés par des rappels téléphoniques (17). Ainsi, à l'âge de sept ans, les enfants étaient 58 % moins susceptibles de connaître une expérience de la carie en dentition temporaire que ceux ayant bénéficié d'éducation à la santé par l'entremise d'appels téléphoniques (17). Les résultats de la seconde étude (24) ont été obtenus à partir de sous-analyses provenant d'une banque de données issue du programme national de la Nouvelle-Zélande le *New Zealand Before School Check (B4SC)*. Les résultats de celle-ci révèlent que les enfants ayant reçu des activités éducatives sur la santé buccodentaire en services de garde étaient 21 % moins susceptibles de présenter de la carie visible (ICDAS 2-6) une fois ayant atteint l'âge de quatre ans que ceux ayant fréquenté des services de garde où les activités n'étaient pas offertes (24).

Une étude quasi expérimentale a comparé une approche psychologique à des activités éducatives plus traditionnelles auprès de parents d'enfants âgés de moins d'un an (23). Les chercheurs concluent après douze mois de suivi, que les enfants n'ayant reçu que des activités

⁹ 18 % contre 38 % pour le groupe contrôle (ICDAS₁₋₆) (21).

¹⁰ Médias sociaux, rencontres individuelles, rencontres de groupes ou la combinaison des trois (14).

d'éducation à la santé sans l'approche psychologique avaient deux fois plus de risque de développer de nouvelles lésions carieuses que ceux du groupe expérimental (23).

Finalement, trois études n'ont pas démontré de relation significative entre l'éducation à la santé et la carie. Tout d'abord, deux études ont montré que l'utilisation des médias sociaux (12) et le renforcement des interventions d'éducation à la santé par des rappels téléphoniques (15) n'entraînaient pas de réduction moyenne de la carie ou de diminution du nombre de lésions carieuses débutantes pour les moins de 4 ans. Puis, en raison de résultats mitigés, la troisième étude n'a pas été en mesure de conclure à l'efficacité des interventions d'éducation à la santé réalisées auprès de femmes enceintes sur la prévention de la carie de la petite enfance (22).

En conclusion, considérant le nombre d'études relatant un effet positif comparativement aux études ne rapportant aucun effet, que le corpus regroupe six publications de haut niveau selon l'échelle des preuves scientifiques (13, 16, 18–20, 22), que le niveau de preuve selon les chercheurs varie de faible (20) à modérée (18, 19) et qu'il y a absence d'évaluation de la qualité pour sept études primaires (12, 14, 15, 17, 21, 23, 24), notre analyse de l'ensemble des résultats de ces études nous amène à conclure à une efficacité probable de l'éducation à la santé buccodentaire en prévention de la carie chez les 0-4 ans. Cependant le niveau d'appui scientifique de ce constat est faible. En ce qui a trait à l'efficacité de cette pratique sur le long terme, les données sont insuffisantes pour se prononcer.

4.4 Caractéristiques des interventions et efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire réalisées en période prénatale, postnatale et débutant durant la grossesse et se poursuivant après la naissance

Cette section porte sur l'évaluation de l'éducation à la santé buccodentaire lorsque ces activités sont déployées au cours de la période prénatale, postnatale et lorsqu'elles débutent auprès de la femme enceinte et se poursuivent après l'arrivée de l'enfant.

4.4.1 Période prénatale

La recherche documentaire a permis de repérer deux publications portant sur des interventions d'éducation à la santé buccodentaire réalisées au cours de la période prénatale (16, 22). Elles ont pour objectif de mesurer l'efficacité des programmes d'éducation à la santé buccodentaire (16) et déterminer quelle intervention éducative offerte durant la grossesse est la plus efficace pour la prévention de la carie chez les tout-petits (22).

Caractéristiques des interventions

Les deux études ciblent les femmes enceintes issues de milieux socioéconomiquement défavorisés. Lorsque mentionnées, les interventions ont lieu au cours de la douzième semaine de grossesse (22). Le nombre de rencontres auprès de cette clientèle et leur durée ne sont pas mentionnés, mais une évaluation de la condition buccodentaire des enfants a été réalisée à l'âge de 18 mois et 3 ans (16, 22). L'une d'entre elles a mesuré l'effet préventif sur la carie de la petite enfance à long terme (22).

Le tableau suivant présente de façon plus détaillée la description des interventions ainsi que l'effet et le niveau de preuve selon les chercheurs.

Tableau 5 Types d'études, interventions recensées, effet rapporté et niveau de preuve selon les chercheurs pour la période prénatale

Auteur, année de publication, devis	Réf.	Description des interventions	Comparaison	Effet rapporté	Niveau de preuve selon les chercheurs ^a
George et collab. (2019) Revue systématique	(16)	Éducation à la santé buccodentaire ^c Importance de visiter le dentiste durant la grossesse, dépistage et référence chez le dentiste	Aucune intervention dentaire, information ^d	+	Faible
Henry et collab. (2017) Revue systématique	(22)	Counseling sur l'alimentation et l'allaitement	Non mentionné	0	Élevé
		Remise d'un document portant sur les pathologies dentaires susceptibles de survenir durant la grossesse, messages d'hygiène buccodentaire et d'alimentation destinés uniquement à la femme enceinte, conseils sur l'utilisation de la sucette, les pratiques d'endormissement du nourrisson, l'importance des premières dents	Non mentionné	+	Élevé
				0 ^b	Faible ^b

+ : effet statistiquement significatif en faveur de l'intervention

0 : effet non significatif de l'intervention

a : selon l'échelle de GRADE

b : effet à long terme. Il s'agit du même échantillon d'enfants, mais la mesure de l'effet a été reprise chez les enfants de moins de 6 ans afin de mesurer l'efficacité à long terme

c : la nature précise des interventions d'éducation pour la santé buccodentaire n'est pas mentionnée par George et collab. (16).

d : non précisé par George et collab. (16)

Efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire réalisée durant la période prénatale

Des trois interventions éducatives destinées à la future maman et mentionnées au tableau 5, deux sont associées à un effet positif à court terme. La première étude conduit à une diminution de 82 % du risque de développer la carie à l'âge de dix-huit mois (22). Henry et collab. (22) estiment que ces résultats reposent sur un appui scientifique avec un niveau de certitude élevé (selon l'échelle de GRADE). La deuxième étude menée par George et collab. (16) démontre que les enfants de mères ayant bénéficié d'interventions éducatives, présentent une proportion significativement moindre de lésions carieuses (31 % c. 61 %) et d'extractions dentaires (7 % c. 31 %) à deux ou trois ans. Les auteurs considèrent cependant, le niveau de preuve faible.

Bien que ces résultats soient prometteurs, George et collab. (16) mentionnent que des études avec un devis plus robuste sont nécessaires pour confirmer l'efficacité de ce type d'intervention réalisée auprès des femmes enceintes. Pour sa part, Henry et collab. (22) n'ont pas été en mesure de répondre à leur question de recherche en vertu d'un nombre limité d'études et de l'hétérogénéité de celles-ci.

Peu de documents font mention de l'effet à long terme sur la prévention de la carie en dentition temporaire d'interventions d'éducation à la santé buccodentaire réalisées au cours de la grossesse. La seule étude provenant de la revue systématique d'Henry et collab. (22) n'a pas démontré d'effet chez des enfants de moins de 6 ans (RR = 0,98; CI 95 % : 0,65 à 1,48).

En tenant compte du fait que le corpus regroupe deux publications de haut niveau selon l'échelle des preuves scientifiques, du nombre d'études rapportant un effet positif comparativement aux études ne démontrant aucun effet et du niveau de preuve selon les chercheurs (16, 22), les preuves sont insuffisantes pour conclure à l'efficacité en prévention de la carie sur la dentition temporaire de l'éducation à la santé buccodentaire déployée au cours de la période prénatale à court et long terme.

4.4.2 Période postnatale

La recherche documentaire menée pour cette synthèse a permis d'identifier dix études portant sur l'efficacité des activités d'éducation à la santé buccodentaire réalisées après la naissance de l'enfant (12, 13, 15–17, 19–21, 23, 24). Les objectifs des études retenues convergent tous vers la volonté d'améliorer la condition buccodentaire des tout-petits. Cependant, deux études de cohorte se sont intéressées plus spécifiquement à l'intégration de l'éducation à la santé buccodentaire dans les services de soins offerts à domicile et de son efficacité à court (21) et long terme (17). Une autre étude primaire s'est donné pour objectif de mesurer l'efficacité d'une approche fondée sur la théorie de la motivation à la protection comparativement à des activités éducatives plus traditionnelles (23).

Enfin, l'utilisation d'applications mobiles pour faire de l'éducation à la santé buccodentaire auprès des mères, parents ou personnes responsables des soins buccodentaires de l'enfant, est récente. Dans le cadre de la présente synthèse, la recherche documentaire n'a permis de répertorier qu'une seule étude correspondant aux critères d'inclusion (12).

Caractéristiques des interventions

Un peu plus de la moitié des études ont été réalisées auprès d'une clientèle socioéconomiquement défavorisée (12, 16, 17, 19, 21, 24). Dans la moitié des études, l'information éducative a été transmise à la mère ou au responsable des soins buccodentaires de l'enfant (15–17, 19, 20) alors que quatre études ont sollicité les parents (12, 13, 21, 24). L'une d'entre elles a introduit l'éducation à la santé buccodentaire en complément à un programme de soutien parental destiné aux parents socioéconomiquement défavorisés (21).

Toutes les études ont précisé le lieu d'intervention des activités éducatives de santé buccodentaire. La moitié de celles-ci ont été réalisées dans les centres de santé (13, 16, 19, 20, 23) ou lors des cliniques de vaccination (14, 16, 19, 20). Une a été réalisée dans une clinique universitaire (15) et l'autre, dans un centre de la petite enfance (24). Deux études répondant aux critères d'inclusion ont été réalisées au domicile des parents (17, 21). De plus, deux études mentionnent que pour assurer le renforcement et le maintien des habitudes de santé buccodentaire acquises lors des séances d'éducation, des rappels téléphoniques ont été menés après la première intervention (15, 17).

Les interventions d'éducation à la santé buccodentaire ne débutent pas toutes au même moment après la naissance de l'enfant. Lorsque l'information est précisée, les activités éducatives commencent minimalement une dizaine de jours après l'accouchement (16, 19, 20), ou de six à huit mois après la naissance (16, 19–21). Trois des dix études menées au cours de la période postnatale ont été réalisées auprès d'enfants d'âge préscolaire (12, 15, 24).

Le nombre de rencontres en période postnatale avec la mère, les parents ou le responsable des soins buccodentaires varie d'une à douze rencontres selon les études documentées. Une plus grande fréquence des contacts avec les participants est observée avec l'utilisation des médias sociaux à raison d'une fois toutes les deux semaines pendant 6 mois (12) et par téléphone (15, 17). Par ailleurs, peu d'études décrivent le temps accordé à l'éducation à la santé buccodentaire avec les participants. Seulement trois études rapportent cette dimension et mentionnent avoir pris de 20 à 30 minutes pour discuter de l'éducation à la santé buccodentaire avec les personnes concernées (15, 17, 23).

En ce qui a trait à la durée de l'intervention, elle est variable allant de six mois (12) à quarante-huit mois (16). Pour l'évaluation de l'effet, la moitié des études l'ont mesuré au minimum six mois après la dernière l'intervention (12, 13, 16, 19, 20) et deux études après douze mois (13, 23). Une étude a attendu dix-huit mois avant de mesurer l'effet sur la prévention de la carie (21), deux études ont effectué cette mesure après vingt-quatre mois (15, 16) et les deux dernières après trente-six mois (19, 20).

Finalement, une seule étude a été répertoriée au sujet de l'efficacité à long terme, de l'éducation à la santé buccodentaire à prévenir la carie sur la dentition temporaire (17). L'évaluation de l'effet des interventions éducatives réalisées en bas âge, a été remesurée à sept ans.

Le tableau 6 présente plus en détails, les caractéristiques des interventions éducatives pour les groupes exposés à l'intervention et les groupes contrôles comme répertorié dans la documentation retenue.

Tableau 6 Types d'études, interventions recensées, comparaison, effet rapporté et niveau de preuve selon les chercheurs pour la période postnatale

Auteur, année de publication, devis	Réf.	Description des interventions	Comparaison	Effet rapporté	Niveau de preuve selon les chercheurs
Faisal et collab. (2022) Méta-analyse	(20)	Éducation à la santé buccodentaire (utilisation de matériel écrit, vidéos, conseils verbaux) ou une combinaison de ceux-ci avec une autre activité telle que : évaluation de la condition buccodentaire, mesure préventive (vernis fluoré), entretien motivationnel, distribution d'une brosse à dents et dentifrice	Aucune intervention, services de base par les professionnels de soins, utilisation d'un seul des véhicules de transmission de l'information suivante : conseils verbaux, supports audiovisuels, matériel écrit	+	Faible
George et collab. (2019) Revue systématique	(16)	Éducation à la santé buccodentaire (matériel écrit, présentation de vidéos) combinée à des activités de counselings et/ou à de l'entretien motivationnel et/ou la remise d'une trousse dentaire (brosse à dents, dentifrice, gobelet, doigtier) et/ou des références vers des services dentaires ^a	Aucune intervention, utilisation d'un seul des véhicules de transmission de l'information suivante : conseils verbaux, supports audiovisuels, matériel écrit	+	Non mentionné
El Fadl et collab. (2016) Revue systématique	(19)	Présentation de vidéos, dépliants, exercices de jeux de rôle, remise de brosses à dents, dentifrice, gobelets, applications de vernis fluorés	Non mentionné	+	Modéré
Menegaz et collab. (2018) Revue systématique	(13)	Éducation à la santé buccodentaire : information écrite, remise d'une brosse à dents et dentifrice, affiches dans les centres de santé, démonstration de la technique du brossage des dents sur un modèle, envoi de messages textes, vidéos, remise d'un gobelet, rappels téléphoniques, conseils sur l'alimentation, conseils sur l'hygiène buccodentaire	Non mentionné	0	Non mentionné
Lotto et collab. (2020) Étude clinique randomisée	(12)	Envoi de messages textes comportant 71 à 147 mots toutes les deux semaines (concepts de la carie de la petite enfance, brossage des dents, fréquence et utilisation du dentifrice fluoré, antibiotiques et carie dentaire, importance de la santé buccodentaire, les facteurs de risque de la carie et ses conséquences, consommation de sucre, utilisation des fluorures, importance de visiter le dentiste, rince-bouche, alimentation)	Non mentionné	0	

Tableau 6 Types d'études, interventions recensées, comparaison, effet rapporté et niveau de preuve selon les chercheurs pour la période postnatale (suite)

Auteur, année de publication, devis	Réf.	Description des interventions	Comparaison	Effet rapporté	Niveau de preuve selon les chercheurs
Razeghi et collab. (2020) Étude clinique randomisée	(15)	Remise d'un dépliant (importance du brossage des dents à la fois pour la mère et pour l'enfant, instructions sur la quantité appropriée de dentifrice, avoir une saine alimentation, bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson, importance de visiter le dentiste régulièrement et d'utiliser le vernis fluoré); application de vernis fluoré aux 3 mois durant deux ans, 6 rappels téléphoniques durant les 6 premiers mois d'une durée de 20 minutes	Idem que pour le groupe intervention, mais aucun contact téléphonique	0	
Brännemo et collab. (2020) Étude de cohorte	(21)	Lors de la visite à domicile : conseils sur l'alimentation et les bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson, remise d'une brosse à dents et dentifrice fluoré (1000 ppm). Commencer le brossage dès l'apparition de la première dent.	Aucune intervention	+	
Rush et collab. (2019) Étude de cohorte	(24)	Messages sur une saine alimentation en privilégiant les fruits et légumes, le lait et l'eau de préférence aux boissons sucrées, limiter la consommation d'aliments à haute teneur calorique.	Aucune intervention	+	
Harrison-Barry et collab. (2022) Étude de cohorte des naissances	(17)	<u>Groupe visite à domicile</u> : Durée 30 min avec intervenant préalablement formé. À chaque visite : un questionnaire (antécédents médicaux, dentaires ainsi que sur l'alimentation et l'hygiène dentaire de l'enfant), examen dentaire, vérification de la technique de brossage effectuée par la mère, instructions d'hygiène buccale (2x/jours dentifrice F. + distribution d'une brosse à dents et dentifrice, prélèvement d'échantillon buccal de la salive de l'enfant). Fréquence des visites : 6, 12, 18, 30 et 42 mois <u>Groupe contact téléphonique</u> : Durée de l'appel 15 à 20 minutes, le questionnaire et les instructions d'hygiène buccale étaient réalisés par téléphone puis envoi par la poste de la brosse à dents et le dentifrice Fréquences des contacts téléphoniques : 6, 12, 18, 30 et 42 mois	Aucune intervention	+	

Tableau 6 Types d'études, interventions recensées, comparaison, effet rapporté et niveau de preuve selon les chercheurs pour la période postnatale (suite)

Auteur, année de publication, devis	Réf.	Description des interventions	Comparaison	Effet rapporté	Niveau de preuve selon les chercheurs
Kimhasawad et collab. (2022) Étude quasi expérimentale	(23)	Trois rencontres de groupe de 30 minutes chacune réparties sur 8 mois. Jeu-questionnaire sur des sujets de santé buccodentaire, remise d'une brosse à dents et enseignement aux parents sur « comment détecter la plaque dentaire dans la bouche de l'enfant »	Deux rencontres de 30 minutes d'éducation à la santé réalisées lors des cliniques de vaccination (dépistage dentaire, démonstration du brossage, information sur le bon usage du biberon et sur une saine alimentation)	+	

+ : effet statistiquement significatif en faveur de l'intervention

0 : effet non significatif de l'intervention

^a : la nature des services dentaires n'est pas précisée par George et collab. (16)

□ : évaluation de la qualité non mesurée.

Efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire réalisée au cours de la période postnatale

Des dix études incluses (tableau 6), sept montrent un effet positif de l'intervention traduisant une diminution du risque de développer de la carie chez les 0-4 ans (16, 17, 19-21, 23, 24). Les résultats d'une méta-analyse démontrent que l'éducation à la santé buccodentaire réalisée auprès de la mère ou du responsable des soins buccodentaires entraîne une réduction moyenne de 0,34 dent cariée, absente ou obturée en dentition temporaire (20). Les chercheurs considèrent toutefois que la qualité des preuves scientifiques est faible et suggèrent d'autres études avec un devis plus robuste avant de conclure (20).

Des trois revues systématiques documentées, deux montrent un effet positif significatif de l'intervention (16, 19). Une étude conclut à une amélioration de la santé buccodentaire chez les enfants de zéro à vingt-quatre mois (16). Plus précisément, les activités éducatives réalisées chez des mères socioéconomiquement défavorisées ont permis aux enfants d'avoir significativement moins de faces cariées ($p = 0,03$) et une progression plus faible de caries situées au niveau de l'émail après vingt-quatre mois de suivi comparativement aux groupes contrôles (16). Dans la dernière revue systématique (13), toutes les interventions éducatives menées par des professionnels de la santé ont permis de réduire l'apparition de nouvelles lésions carieuses chez les moins de cinq ans, mais seulement deux des sept études primaires incluses dans cette étude de synthèse se sont avérées significatives sur le plan statistique (13). En raison des lacunes au sujet des protocoles mis en place, du manque d'informations à l'égard des caractéristiques des participants et du manque de rigueur méthodologique, Menagaz et collab. (13) n'ont pas été en mesure de tirer une conclusion.

Trois études de cohorte ont montré un effet positif significatif de l'éducation à la santé buccodentaire sur la diminution de l'expérience de la carie en dentition temporaire (17, 21, 24). Deux d'entre elles se sont intéressées plus spécifiquement à l'utilisation des services offerts à domicile pour intégrer des activités d'éducation à la santé buccodentaire en lien avec la prévention, à court (21) et long terme (17) de la carie de la petite enfance. Les résultats de la première étude (21) démontrent que ces enfants n'avaient aucune carie comparativement à 51 % pour le groupe contrôle au moment du suivi à trente-six mois ($p = 0,039$) (21). À long terme, à l'âge de sept ans, les enfants de la seconde étude (17) avaient un caod moyen plus faible que ceux du groupe contrôle ($2,0 \pm 2,7$ c. $5,1 \pm 3,1$). Enfin, la troisième étude qui, contrairement aux deux précédentes, a été réalisée dans 121 centres de la petite enfance ($n = 8\,067$) d'un territoire socioéconomiquement défavorisé de la Nouvelle-Zélande (24), a démontré que les enfants ayant reçu des activités éducatives sur la santé buccodentaire en services de garde étaient 21 % moins susceptibles de présenter de la carie visible (ICDAS 2-6) une fois ayant atteint l'âge de quatre ans que ceux ayant fréquenté des services de garde où ces activités n'étaient pas offertes.

Une étude quasi expérimentale avec groupe de comparaison (23) s'est distinguée par son approche préconisée auprès de parents d'enfants de moins d'un an. Ils ont combiné une approche fondée sur la théorie de la motivation à la protection à des activités éducatives

(questions-réponses) réalisées auprès d'un groupe de parents. Les parents ont participé à trois rencontres échelonnées sur une période de douze mois. Finalement, le groupe contrôle qui n'avait reçu que de l'information sur la santé buccodentaire lors des cliniques de vaccination, avait développé en moyennes $8,79 \pm 6,36$ faces cariées comparativement à $2,99 \pm 2,71$ pour le groupe expérimental, représentant une différence statistiquement significative ($p < 0,001$).

Finalement, deux essais randomisés utilisant les médias sociaux (12) et les relances téléphoniques (15) pour préserver l'intérêt des parents tout au long de l'étude n'ont pas démontré d'effet positif sur la réduction de l'expérience carieuse chez les enfants de trois et quatre ans.

En conséquence, l'analyse des études permet de conclure à une efficacité probable en prévention de la carie sur la dentition temporaire grâce à l'éducation à la santé buccodentaire déployée au cours de la période postnatale. Ce constat est soutenu par sept des dix études mentionnées plus haut qui tendent à démontrer une relation significative de l'utilisation de l'éducation à la santé buccodentaire sur la prévention primaire de la carie en dentition temporaire comparativement à des groupes contrôles. La qualité des appuis scientifiques soutenant ce constat varie selon les auteurs, de faible (20) à modérée (19, 20). En ce qui a trait à l'efficacité de cette pratique sur le long terme, les données sont insuffisantes pour conclure à son efficacité en prévention de la carie dentaire en dentition temporaire.

4.4.3 Période prénatale se poursuivant après la naissance

Dans le cadre de cette synthèse des connaissances, deux publications ont été recensées au sujet de l'efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire amorcée au cours de la période prénatale et se poursuivant après la naissance. Elles visent à mesurer l'efficacité des programmes d'éducation à la santé buccodentaire déployés au cours de cette période (16) et de comparer des activités éducatives sur la prévention de la carie jusqu'à l'âge de 2 ans selon quatre modalités : modalité individuelle, modalité de groupe, utilisation des médias sociaux et la combinaison des trois modalités (14).

Caractéristiques des interventions

Les interventions d'éducation à la santé buccodentaire des études retenues débutaient durant le deuxième ou le troisième trimestre de grossesse (14, 16) et se sont poursuivies après la naissance. Seulement une étude précise la durée des interventions après l'accouchement soit jusqu'à 18 mois après la naissance (14). Le caractère socioéconomique relié à cette clientèle n'est pas précisé.

Les interventions d'éducation à la santé ont débuté soit au domicile (16) ou lors des rencontres prénatales dans un centre de santé (14, 16). Après la naissance, les interventions se sont poursuivies lors des cliniques de vaccination ou des cliniques de périnatalité. L'étude de

Deghatipour et collab. (14) est la seule à avoir mentionné la modalité des interventions. Dans cette étude, la fréquence des rencontres variait selon la modalité utilisée. Les rencontres de groupe avaient lieu tous les trois mois alors que les rencontres individuelles étaient plus espacées d'un, six, douze et dix-huit mois et coïncidaient avec les cliniques de vaccination. L'utilisation des médias sociaux s'est faite sur une base hebdomadaire pendant les dix-huit mois qu'a duré l'étude. Enfin, l'intervention multimodale abordait le même contenu d'information, mais en utilisant les trois modalités précédentes et en respectant les mêmes fréquences.

C'est à l'âge de deux ans que la mesure de l'effet des interventions réalisées au cours de cette période a été évaluée (14, 16). En terminant, il convient de préciser qu'aucune étude répondant aux critères d'inclusion n'a mesuré les effets à long terme sur la prévention de la carie en dentition temporaire.

Plus de détails sur la nature des interventions, la mesure de l'effet et le niveau de preuve sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 7 Types d'études, interventions recensées, effet rapporté et niveau de preuve selon les chercheurs pour la période prénatale et poursuivie après la naissance

Auteur, année de publication, devis	Réf.	Description des interventions	Comparaison	Effet rapporté	Niveau de preuve selon les chercheurs ^a
George et collab. (2019) Revue systématique	(16)	Durant la grossesse et après l'accouchement : counseling sur l'alimentation et distribution d'un dépliant, affiches dans les cliniques de périnatalité	Aucune intervention dentaire	0	Élevé
		Durant la grossesse : éducation à la santé ^b réalisée au domicile par un intervenant avec référence chez le dentiste, distribution d'une trousse dentaire avec remise d'une carte postale et dépliants Après l'accouchement : visite dans un centre de santé avec rencontre d'un intervenant en utilisant l'approche motivationnelle		+	Faible
Deghatipour et collab. (2021) Étude clinique randomisée	(14)	Durant la grossesse et après l'accouchement : <u>Conseils sur l'alimentation</u> : consommation quotidienne de fruits et légumes, restreindre la consommation de sucre (ex. jus de fruits, miel, chocolat, biscuits et sucreries) <u>Conseils sur la santé buccodentaire</u> : enseignement de la technique de brossage, encourager les mères à brosser les dents de l'enfant deux fois par jour avec un dentifrice fluoré, rassurer la femme enceinte sur les soins dentaires réalisés durant la grossesse, recommandation d'utiliser de la gomme à mâcher au xylitol, éviter les produits à base de tabac, brosser les dents avec un doigtier, pratiques d'endormissement du nourrisson	Interventions périnatales aux 2 ^e et 3 ^e trimestres ^c démonstration de la méthode de brossage ainsi que remise d'un doigtier puis d'une brosse à dents et un dentifrice fluoré	+	

+ : effet statistiquement significatif en faveur de l'intervention

0 : effet non significatif de l'intervention

a : selon l'échelle de GRADE

b : la nature des interventions d'éducation pour la santé buccodentaire n'est pas mentionnée par George et collab. (16)

c : la description des interventions n'est pas mentionnée par Deghatipour et collab. (14).

□ : évaluation de la qualité non mesurée

Efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire réalisée au cours de la période prénatale et se poursuivant durant la période postnatale

Deux des trois interventions d'éducation à la santé réalisées au cours de cette période sont associées à un effet positif significatif sur la prévention de la carie chez les enfants âgés de deux ans. Une étude conclut que les interventions multimodales sont bénéfiques pour la prévention de la carie en dentition temporaire. À l'âge de deux ans, ces enfants sont quatre fois plus susceptibles de ne pas avoir de carie comparativement aux autres modalités. Néanmoins, la deuxième publication présente des résultats mitigés (16). En dépit de ces résultats, les deux études (14, 16) concluent que les interventions comprenant au moins deux activités éducatives réalisées simultanément auraient le potentiel d'améliorer la santé dentaire des enfants jusqu'à l'âge de deux ans. Cependant, les chercheurs militent en faveur de la nécessité de réaliser d'autres études de meilleure qualité.

Ainsi, bien que l'analyse des données montre une cohérence dans les résultats, une publication de haut niveau selon l'échelle des preuves scientifiques présente des résultats contradictoires (16). De plus, la deuxième étude n'a pas fait l'objet d'une évaluation de la qualité (14) et le corpus scientifique constituant la présente analyse dispose de données insuffisantes. Par conséquent, il n'est pas possible de conclure à l'efficacité des interventions d'éducation à la santé buccodentaire déployées au cours de la grossesse et poursuivies après la naissance.

4.5 L'éducation à la santé buccodentaire par l'utilisation de l'entretien motivationnel

La recherche documentaire a permis de répertorier quatre publications concernant l'efficacité de l'entretien motivationnel sur la prévention primaire de la carie de la petite enfance. Elles avaient toutes le même objectif : évaluer l'efficacité de l'entretien motivationnel réalisé auprès de la mère (enceinte ou non) ou des parents pour la prévention de la carie dentaire de la petite enfance.

Description de l'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est décrit par Miller et collab. (31) et cité sur le site Web de l'INSPQ (32) comme « un style de communication collaboratif et centré sur un objectif, avec une attention particulière au langage visant le changement. Il est conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif spécifique en faisant émerger et en explorant ses propres raisons de changer dans une atmosphère de non-jugement et d'altruisme ». Le processus de changement de comportement se fait par la personne elle-même, mais elle est toutefois guidée par l'intervenant qui l'écoute avec empathie et évite toute argumentation. Ce style de communication est surtout utilisé quand une personne est ambivalente face à un choix. L'intervenant tente alors de comprendre les raisons qu'éprouve la personne à faire ou non un changement et essaie d'augmenter sa motivation vers l'objectif de changement.

L'esprit qui sous-tend la pratique de l'entretien motivationnel repose sur quatre principes : le partenariat, le non-jugement, l'altruisme et l'évocation (32). D'abord le partenariat, parce que la collaboration entre l'intervenant et la personne repose sur le partage de connaissances mutuelles et d'expériences, de savoir et de vécus de la part de celles-ci. Puis le non-jugement, parce que l'intervenant agit en respectant le point de vue de la personne et son autonomie. L'intervenant agit également avec altruisme et veille à valoriser les capacités et les efforts de la personne dans sa quête de changement. Finalement avec le quatrième principe, l'évocation, l'intervenant accompagne la personne dans le renforcement de ses motivations en faveur du changement et dans son exploration de ses propres capacités à vouloir changer.

4.5.1 Caractéristiques des interventions

Les quatre études ont utilisé des interventions concomitantes, telles que la remise de dépliants, la présentation de vidéos, l'application de mesures préventives et la relance téléphonique. Ces rappels téléphoniques avaient pour but de maintenir le changement de comportement et d'éviter les rechutes. Notons également que la durée et le nombre de rencontres pour la session sur l'entretien motivationnel étaient variables entre les études. Dans la majorité de celles-ci, les professionnels utilisant l'approche motivationnelle ont bénéficié d'une formation au préalable (25, 27, 28) d'une durée oscillant entre un et trois jours. Ces intervenants provenaient essentiellement du milieu dentaire, mais on comptait également des thérapeutes professionnels et des bénévoles.

Trois des quatre études ont été réalisées auprès des mères (enceintes ou non) (25–27) alors que la dernière a été menée auprès des parents d'enfants âgés de trois à quatre ans à risque élevé de carie (28).

Sur la base de trois des quatre études documentées, l'évaluation de l'effet de l'entretien motivationnel sur la prévention de la carie dentaire a été mesurée de 1 à 36 mois après la dernière intervention pour la première méta analyse (25) alors qu'elle était de 24 mois pour la seconde (20) et de 12 mois pour l'étude primaire (28).

Le tableau suivant fournit plus de détails sur les interventions réalisées auprès des participants.

Tableau 8 **Caractéristiques des études recensées en fonction du nombre de sessions, de la durée des rencontres et des rappels téléphoniques pour l'entretien motivationnel**

Auteur, année de publication, devis	Réf.	Description des interventions			
		Caractéristiques	Nombre de sessions	Durée de la rencontre	Rappel téléphonique (nombre, durée)
Colvara et collab. (2020) Méta-analyse	(25)	Entretien motivationnel et/ou : counseling, remise d'un dépliant, séance vidéo (11 à 15 min.), conseils sur des mesures préventives, et/ou remise d'une brosse à dents/dentifrice, rappels téléphoniques après l'intervention	1 à 9	20 à 60 minutes	1 à 6 rappels à l'intérieur des 6 premiers mois
Faghihian et collab. (2020) Méta-analyse	(26)	Entretien motivationnel et remise d'un dépliant combiné à : séance vidéo et/ou conseils sur des mesures préventives, et/ou remise d'une brosse à dents/dentifrice	1 à 9	30 à 40 minutes	Aucun
Gao et collab. (2014) Revue systématique	(27)	Entretien motivationnel combiné à l'éducation à la santé buccodentaire (remise d'un dépliant, vidéo, et/ou conseils verbaux)	1 à 7	20 à 45 minutes	6 rappels à l'intérieur des 6 premiers mois
Jiang et collab. (2020) Étude clinique randomisée	(28)	Entretien motivationnel combiné à l'éducation à la santé (trois brochures, les mêmes que celles du groupe de comparaison)	1	15 à 20 minutes	5 rappels à 2 semaines, 1, 2, 4, et 6 mois après l'intervention

Tableau 9 **Types d'études, interventions, groupes de comparaison, résultats mesurés, effet rapporté et niveau de preuve selon les chercheurs pour l'utilisation de l'entretien motivationnel sur la prévention de la carie en dentition temporaire**

Auteur (année)	Réf.	Intervention	Comparaison	Résultats mesurés	Effet rapporté	Niveau de preuve selon les chercheurs
Méta-analyses						
Colvara et collab. (2020)	(25)	Entretien motivationnel et/ou counseling, et/ou remise d'outils d'information (verbal, écrit, vidéo)	Éducation à la santé buccodentaire, remise d'un dépliant et présentation d'une vidéo	Réduction de nouvelles faces cariées	+	Non mentionné
Faghihian et collab. (2020)	(26)	Entretien motivationnel et séances de vidéos et/ou conseils sur des mesures préventives, et/ou remise d'une brosse à dents/dentifrice	Séances de vidéos et/ou conseils sur des mesures préventives, et/ou remise d'une brosse à dents/dentifrice	Contrôle de la carie	0	Non mentionné
Revue systématique						
Gao et collab. (2014)	(27)	Entretien motivationnel et remise d'un dépliant, vidéo, et/ou conseils verbaux	Remise d'un dépliant, vidéo, et/ou conseils verbaux	Prévention de la carie dentaire	0	Bonne
Étude clinique randomisée						
Jiang et collab. (2020)	(28)	Entretien motivationnel et remise de trois brochures sur la santé buccodentaire portant sur l'hygiène dentaire, l'alimentation et la carie de la petite enfance	Chaque parent a reçu trois brochures sur la santé buccodentaire portant sur l'hygiène dentaire, l'alimentation et la carie de la petite enfance	Développement de nouvelles faces cariées	+	

+ : effet statistiquement significatif en faveur de l'intervention

0 : effet non significatif de l'intervention

□ : évaluation de la qualité non mesurée.

4.5.2 Efficacité de l'éducation à la santé par l'utilisation de l'entretien motivationnel

Des quatre études portant sur l'efficacité de l'entretien motivationnel (tableau 9), deux rapportent un effet positif significatif de la mesure sur la prévention de la carie en dentition temporaire (25, 28). Dans un premier temps, la méta-analyse de Colvara et collab. (25) démontre que l'utilisation de l'entretien motivationnel peut réduire significativement l'apparition de nouvelles lésions carieuses en dentition temporaire après une à trois années de suivi. Dans cette étude, les enfants avaient en moyenne 0,61 face cariée absente ou obturée de moins que ceux du groupe contrôle (IC 95 % : -1,22 à -0,01; $p = 0,05$). Selon les analyses de sous-groupe menées par Colvara et collab. (25), l'entretien motivationnel permettrait de prévenir en moyenne et de manière significative 3,15 faces cariées absentes ou obturées chez les enfants présentant une expérience élevée de carie¹¹ (IC 95 % : -6,14 à -0,17; $p = 0,04$). L'effet serait moindre chez les enfants ayant une faible expérience de la carie. L'entretien motivationnel pourrait conduire à une réduction moyenne du caof de l'ordre de 0,31 (IC 95 % : -0,63 à -0,00; $p = 0,05$).

Dans un deuxième temps, l'étude clinique randomisée de Jiang et collab. (28) conclue que les enfants ayant bénéficié de l'entretien motivationnel combiné à des activités d'éducation à la santé étaient 56 % (OR : 0,44; CI à 95 % : 0,29 à 0,67; $p < 0,001$) moins susceptibles de développer de nouvelles faces cariées que ceux n'ayant reçu que des brochures après douze mois.

Toutefois, deux études n'ont pas eu d'effet positif significatif à la suite de l'intervention. Faghihian et collab. (26) ainsi que Gao et collab. (27) soutiennent qu'en raison de la diversité des caractéristiques des participants, l'âge de l'enfant au moment de commencer l'étude, le niveau de risque carieux, l'accès aux soins buccodentaires, le nombre de rencontres, le niveau de motivation et les différents protocoles mis en place dans les études primaires, ils n'ont pu conclure à son efficacité.

Les auteurs des deux méta-analyses et de la revue systématique sont d'avis que d'autres études avec de meilleurs devis et des protocoles plus uniformisés pour l'application de l'entretien motivationnel sont nécessaires avant de conclure à l'efficacité de cette approche de communication (25–27).

En conclusion, les preuves recueillies constituant la base de la présente analyse sont insuffisantes pour conclure à l'efficacité de l'utilisation de l'entretien motivationnel pour la prévention de la carie en dentition temporaire. Ce constat découle de l'observation de conclusions divergentes et de résultats incohérents entre deux méta-analyses (25, 26), une revue systématique (27) et une étude clinique randomisée (28).

¹¹ La définition de l'expérience élevée et faible à la carie n'est pas décrite par Colvara et collab. (25)

5 DISCUSSION

L'objectif de cette synthèse est d'évaluer l'efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire en matière de prévention de la carie dentaire chez les enfants de 0 à 4 ans. Le but poursuivi est de fournir un soutien au MSSS dans la mise à jour des activités consacrées à la santé buccodentaire en petite enfance du PNSP. C'est dans cette optique que la synthèse de la littérature scientifique a été réalisée.

5.1 Principaux constats

PREMIER CONSTAT : L'éducation à la santé buccodentaire est une mesure préventive qui peut être bénéfique dans la lutte pour la prévention de la carie dentaire chez les enfants de 0 à 4 ans.

L'analyse de la présente synthèse démontre que l'éducation à la santé buccodentaire est une mesure de prévention potentiellement efficace pour la prévention de la carie dentaire en dentition temporaire chez les 0-4 ans. Un total de neuf études sur treize rapportent un effet positif statistiquement significatif de l'intervention. Le niveau de certitude conduisant à ce constat est toutefois faible. De plus, le gain sur le plan clinique en dentition temporaire est négligeable. De fait, selon la méta-analyse de Faisal et collab. (20), ce type d'intervention conduit en moyenne, à une réduction statistiquement significative de 0,15 face cariée, absente ou obturée (IC 95 % : -0,25 à -0,04; $p = 0,001$) chez les tout-petits (20) ce qui ne représente même pas une face épargnée. En outre, comme il s'agit d'une moyenne, on ne connaît pas l'efficacité clinique réelle optimale de cette intervention. Le même constat s'applique lorsqu'on regarde les gains par dent. L'éducation à la santé buccodentaire ne permet de réduire en moyenne que 0,34 dent cariée, absente ou obturée (IC 95 % : -0,54 à -0,13; $p = 0,000$) comparativement au groupe contrôle (20).

La collaboration interprofessionnelle, en particulier lorsqu'elle est intégrée à un service ou programme de santé déjà existant permettrait possiblement d'améliorer l'état de santé buccodentaire des tout-petits et dans une moindre mesure, celui de la mère, du parent ou du responsable des soins buccodentaires de l'enfant selon l'OMS (8). L'intégration des interventions de soins buccodentaires dans la pratique des professionnels ne relevant pas du domaine dentaire permet de rejoindre des populations socioéconomiquement défavorisées à travers les milieux de soins communément fréquentés allant des cliniques de vaccination au domicile des parents.

La collaboration entre les professionnels de la santé et les professionnels dentaires est essentielle afin d'identifier les meilleures stratégies de prévention et réduire les inégalités de santé buccodentaire (19, 21). Dans une récente revue systématique publiée en collaboration avec l'OMS (33) les chercheurs mentionnent qu'une telle collaboration ne peut véritablement être bénéfique que si ces professionnels reçoivent une formation sur la santé buccodentaire touchant de près ou de loin la clientèle cible. Cependant, cet aspect était peu documenté dans les études recensées (16, 20).

DEUXIÈME CONSTAT : Les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire afin de prévenir la carie en dentition temporaire déployée au cours de la période prénatale.

Il existe peu de littérature sur l'efficacité des interventions d'éducation à la santé buccodentaire réalisées auprès des femmes enceintes ayant pour objectif de prévenir la carie chez les enfants de 0 à 4 ans. Il n'est pas certain si la période prénatale constitue un bon moment pour faire de l'éducation à la santé buccodentaire. D'autres études seront nécessaires avant de conclure à une quelconque efficacité.

Néanmoins, dans un document intitulé *Ending childhood dental caries: WHO implementation manual* publié en 2019, l'OMS (8) estime que la période prénatale constitue un moment opportun pour des interventions d'éducation à la santé buccodentaire. Selon l'OMS cette période est propice à l'apprentissage, moment où les femmes enceintes peuvent y trouver une source de motivation afin d'adopter des comportements dentaires sains et les aider à comprendre comment prévenir la carie de la petite enfance (8).

TROISIÈME CONSTAT : L'éducation à la santé buccodentaire réalisée durant la période postnatale est susceptible d'avoir un effet positif dans la prévention de la carie en dentition temporaire.

L'analyse des études permet de conclure que les interventions d'éducation réalisées après la naissance de l'enfant peuvent avoir un effet positif sur la prévention de la carie de la petite enfance. Bien que la majorité des publications recensées dans le cadre de cette analyse aient été réalisées après la naissance de l'enfant, les preuves supportant l'efficacité des interventions d'éducation demeurent faibles. La qualité des études primaires incluses dans les études de synthèse, les différents critères de diagnostic de la carie utilisés, la grande variabilité des interventions éducatives et le manque d'information sur la durée et la fréquence de celles-ci contribuent à diminuer le niveau de preuve scientifique. De plus, l'analyse de la présente synthèse ne permet pas de déterminer quelle(s) intervention(s) d'éducation à la santé buccodentaire entraîneraient les effets positifs les plus importants sur la prévention la carie de la petite enfance.

Selon l'OMS (8), il est important d'établir des conditions propices à l'incorporation d'activités d'éducation à la santé buccodentaire dans les autres sphères de la santé publique. En ce sens, les programmes de soutien aux parents, les visites à domicile et les cliniques de vaccination représentent des opportunités pour faire de l'éducation à la santé buccodentaire en période postnatale. L'OMS est d'avis que ces soins de proximité favorisent la participation des parents ou du responsable des soins buccodentaires de l'enfant. Ces interactions peuvent aider les parents à mieux comprendre les facteurs de risque reliés à la carie et à mettre en application des pratiques préventives efficaces. Les résultats de la présente analyse montrent qu'il est possible de faire des activités éducatives dans ces milieux et que celles-ci pourraient avoir un effet positif sur la prévention de la carie de la petite enfance.

En ce qui concerne l'utilisation de la technologie mobile, la présente synthèse n'a pas permis de recenser des études aux devis scientifiquement pertinents. Son utilisation est relativement récente, il faudra plus de recul pour en évaluer sa pertinence sur le plan scientifique.

Finalement, l'effet préventif à long terme sur la carie dentaire d'interventions débutées après la naissance n'a pas été démontré. D'autres études seront nécessaires avant de conclure sur l'efficacité à long terme des activités d'éducation buccodentaire entreprises en période postnatale.

QUATRIÈME CONSTAT : Les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire afin de prévenir la carie en dentition temporaire débutée en période prénatale et poursuivie au cours de la période postnatale.

Les preuves scientifiques actuelles ne permettent pas de statuer sur l'efficacité des activités d'éducation à la santé buccodentaire débutées au cours de la grossesse et se continuant après la naissance. La recherche documentaire a mené à peu de résultats. Il faudra réaliser d'autres investigations avant de parvenir à une conclusion sur le sujet.

CINQUIÈME CONSTAT : Les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire par l'utilisation de l'entretien motivationnel afin de prévenir la carie en dentition temporaire.

L'entretien motivationnel est une méthode d'aide qui encourage les gens à trouver leur propre motivation pour faire des changements positifs dans leur vie. Toutefois, il est trop tôt pour déterminer si l'entretien motivationnel est efficace pour la prévention de la carie en petite enfance. Bien que des résultats en provenance de la présente analyse tendent vers une certaine efficacité, on ne peut prétendre à sa supériorité par rapport aux autres interventions non invasives. Des risques de biais liés à la méthodologie subsistent et l'approche utilisée pour faire de l'entretien motivationnel dans la documentation consultée différait. Il en va de même pour le nombre et la durée des séances.

Les publications ayant servi à cette synthèse soulignent cependant, l'importance de commencer les activités de prévention de la carie tôt dans la vie de l'enfant et particulièrement chez les enfants plus susceptibles à la carie (25, 28). En effet, notre analyse laisse entrevoir la possibilité que les enfants vulnérables à la carie soient ceux qui bénéficieraient le plus de ce type d'interventions.

Par conséquent, les résultats analysés ne permettent pas de démontrer l'efficacité de cette approche sur la prévention de la carie en dentition temporaire. Les données ayant servi d'assise sont insuffisantes pour se prononcer sur son efficacité à court et long terme. D'autres études seront nécessaires avant de pouvoir tirer des conclusions définitives sur son efficacité.

5.2 Forces et limites de l'approche méthodologique

La présente synthèse démontre quelques points forts, en particulier en ce qui concerne la rigueur de l'approche méthodologique. Ainsi, afin d'évaluer l'efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire, la recherche documentaire s'est principalement concentrée sur les méta-analyses et les revues systématiques. Dans le but de maintenir à jour les connaissances produites, de nouvelles études cliniques randomisées qui n'étaient pas incluses dans les périodes de recherche des études de synthèses précédentes, ainsi que des études de cohorte et des études quasi expérimentales avec comparaison, ont également été prises en compte. Cette décision de limiter initialement le corpus d'études aux publications de plus haut niveau de l'échelle des preuves scientifiques et de poursuivre l'analyse avec d'autres types d'études publiées après celles-ci constitue un des points forts de cette synthèse.

Par ailleurs, l'une des forces de la démarche est reliée à la rigueur utilisée pour la sélection des documents. Celle-ci a été effectuée par trois dentistes préalablement calibrées. Dans un premier temps, deux dentistes se sont partagé à parts égales la sélection des études de synthèse sur la base des titres et des résumés puis validée par la suite par la troisième dentiste. Ce processus de sélection a permis de limiter l'omission de documents pertinents au contexte de la présente analyse.

De surcroît, le thème de l'éducation à la santé constitue l'élément central de cette synthèse. Il a été déterminé en se basant sur les recommandations d'un document produit par un groupe d'experts internationaux mandatés par l'OMS. Le thème de l'éducation à la santé buccodentaire dans cette synthèse a été retenu en raison de son innocuité, de son acceptabilité et de sa complémentarité avec les mesures déjà établies comme étant efficaces dans la prévention de la carie dentaire chez les jeunes enfants, telles que l'application topique de fluorure et l'utilisation de fluorure diamine d'argent.

À l'instar de toute étude de recherche, quelques limitations recommandent une prudence dans l'interprétation de ces résultats. Tout d'abord, il convient de noter que la méthodologie de cette synthèse repose sur celle des revues narratives systématisées, mais avec une certaine simplification visant à accélérer le processus d'analyse. Il est important de mentionner qu'il existe des limites inhérentes à ces simplifications. Tout d'abord, l'extraction et l'analyse des documents admissibles ont été effectuées par une seule dentiste. Cependant, afin d'atténuer cette limite, une deuxième dentiste a été consultée en cas de doute quant à la sélection d'un article ou à l'interprétation des données. De plus, aucune évaluation de la qualité des études incluses n'a été réalisée dans le cadre de cette synthèse, ce qui pourrait potentiellement affecter l'évaluation de la force des preuves scientifiques des différentes conclusions formulées. Toutefois, il convient de préciser que ces publications proviennent de revues ayant un processus de révision par les pairs garantissant une qualité minimale.

Une autre limite à prendre en compte est que le processus d'évaluation du niveau de soutien scientifique des conclusions n'a pas été réalisé à l'aide d'une démarche d'analyse systématique reposant sur l'utilisation d'outils reconnus. En effet, celui-ci a été évalué sur la base d'un

consensus entre trois dentistes impliquées dans le projet, en tenant compte des éléments suivants : le type d'études, leur nombre, le niveau de certitude scientifique selon les auteurs des études et la cohérence de leurs résultats.

Il convient également de noter que la présente synthèse s'est limitée exclusivement à la littérature scientifique, excluant toute autre source d'information dont la littérature grise. En se limitant uniquement à la littérature scientifique, il est possible que des rapports, lignes directrices ou autres documents pertinents n'aient pas été captés.

En dernier lieu, il importe de souligner qu'aucune étude n'ayant évalué les effets d'une intervention ciblant l'ensemble des enfants d'une région donnée et ayant démontré une réduction de la prévalence de la carie dans cette région n'a été répertoriée. Par conséquent, l'efficacité populationnelle de ces mesures demeure inconnue. Il convient d'interpréter avec précaution les principales conclusions de cette synthèse en ce qui concerne leur applicabilité dans le contexte de la santé publique. De plus, étant donné que de nombreuses recherches ont été menées dans d'autres pays, il est possible que la généralisation de leurs résultats à la réalité québécoise puisse être moins pertinente.

5.3 Limites générales des études analysées

Dans la présente synthèse, il est essentiel d'aborder les limites inhérentes aux études ayant servi d'analyse. Bien que certains auteurs aient entrepris une évaluation rigoureuse de la qualité des études incluses dans leur investigation ainsi que de la solidité des preuves soutenant leurs résultats, il convient de noter certaines limites.

Premièrement, le petit nombre de publications disponibles et leur faible qualité ainsi que leur courte durée de suivi constituent un enjeu susceptible d'avoir affecté la validité des résultats de la présente analyse. Par conséquent, la présente synthèse n'a pas permis de mesurer l'efficacité à long terme de l'éducation à la santé buccodentaire auprès des tout-petits.

Deuxièmement, la disparité tant dans les interventions (protocole, période de suivi, fréquence des interventions, âge, etc.) que dans la mesure des résultats ciblés représente une limite. Un premier exemple est celui portant sur la définition de l'éducation à la santé buccodentaire. L'éducation à la santé est un concept dont la définition a évolué au cours du temps et qui varie selon le milieu académique d'où proviennent les chercheurs. Elle pose une limite non seulement parce que la définition n'était pas toujours énoncée, mais également parce que certains chercheurs l'ont confondue avec les concepts de promotion et de prévention. Cette confusion dans la terminologie n'a peut-être pas permis de répondre adéquatement aux questions de recherche. Par ailleurs, le manque de clarté dans la description des groupes de comparaison constitue également une limite. Le fait de ne pas savoir ce à quoi l'éducation à la santé buccodentaire a été comparée a compliqué l'interprétation des résultats. Un autre exemple de disparité est celui de la mesure de la carie dentaire. Le processus d'évaluation de la carie peut être mesuré de différentes façons complexifiant la comparaison entre les études. La méthode d'examen, le système de collecte de données (OMS ou ICDAS II), le stade de la carie (non

cavitaire ou cavitaire, et dentinaire) et l'indice pour rapporter les résultats (caod ou caof et ses composantes, etc.) sont des paramètres susceptibles d'avoir entravé l'interprétation des résultats.

Troisièmement, l'âge de l'enfant au moment de la prise de la mesure de la carie dentaire lors des études constitue une autre limite. La différence du nombre de dents entre un enfant d'un an et un enfant de deux à trois ans peut être un facteur contribuant à la variation du résultat sur l'expérience de la carie d'un point de vue clinique. Les enfants d'un an ont généralement moins de dents ayant fait éruption, ce qui limite l'exposition des surfaces dentaires aux risques de carie. La carie n'a alors pas eu la chance de se manifester à son plein potentiel. Ainsi, en fonction de la période, cette limite peut avoir biaisé les résultats sur l'efficacité de l'approche éducative.

Quatrièmement en ce qui concerne l'entretien motivationnel, l'analyse réalisée dans le cadre de la présente synthèse soulève aussi quelques limites pouvant avoir altéré la validité des résultats. L'expérience, les habiletés de communication et la maîtrise des connaissances sur la santé buccodentaire des intervenants sont autant de facteurs qui peuvent mener à des variations sur le résultat relatif à la prévention de la carie dentaire. Par ailleurs, il est possible que des résultats militants en faveur de l'utilisation de cette approche puissent avoir été influencés en raison des multiples rencontres ou sollicitations auprès des familles touchées comparativement aux groupes contrôles.

Cinquièmement, les facteurs confondants n'ont pas été pris en compte et analysés dans les études de synthèse ce qui peut avoir constitué une source de biais possible. Ces études n'ont pas été en mesure de mettre en évidence l'efficacité spécifique d'une intervention d'éducation à la santé, faute d'avoir pu isoler cette intervention des autres et d'évaluer son effet distinct. Par conséquent, il reste difficile de déterminer avec certitude l'efficacité relative de l'éducation à la santé par rapport aux autres mesures.

6 CONCLUSION

La présente synthèse a été réalisée dans le but de soutenir le ministère dans sa démarche de révision des actions du prochain PNSP visant l'amélioration de la condition buccodentaire chez les enfants de 0 à 4 ans. Elle a pour objectif de mesurer l'efficacité de l'éducation à la santé buccodentaire à l'égard de la prévention de la carie chez les jeunes enfants.

À partir des études répertoriées au moment de rédiger cette synthèse, notre analyse suggère que l'éducation à la santé buccodentaire pourrait possiblement être efficace pour prévenir la carie en dentition temporaire chez les 0-4 ans. Il est aussi possible de conclure que les stratégies éducatives déployées en période postnatale pourraient permettre de réduire l'expérience de la carie dentaire chez les tout-petits. Toutefois, la force des preuves scientifiques soutenant cette conclusion est faible et le gain sur le plan clinique, en termes de réduction de faces ou dents cariées, demeure négligeable. Les constats de la présente synthèse pourraient nécessiter une réévaluation en fonction de l'évolution des avancées scientifiques.

7 RÉFÉRENCES

1. Association des facultés de médecine du Canada. AFMC Notions de santé des populations. Un cybermanuel sur les concepts de santé publique à l'usage des cliniciens. [Internet]. Ottawa; 2021 [cité 28 oct. 2021]. Disponible : <https://phprimer.afmc.ca/fr/>
2. Banerjee A, Splieth C, Breschi L, Fontana M, Paris S, Burrow M, *et al.* When to intervene in the caries process? A Delphi consensus statement. *Br Dent J.* Oct. 2020;229(7):474-82.
3. Agence de la santé publique du Canada. Le portail canadien des pratiques exemplaires – PCPE [Internet]. 2015 [cité 16 mai 2022]. Disponible : <https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/search-interventions/>
4. Cochrane France. Glossaire Cochrane [Internet]. [cité 29 oct. 2021]. Disponible : <https://france.cochrane.org/lexique>
5. Tu MT, Poissant J. Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe. Québec: Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique Québec; 2016.
6. International Caries Classification and Management System (ICCMS) [Internet]. [cité 24 juill. 2023]. Disponible : <https://www.iccms-web.com/>
7. Drouin D. Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012. Québec : Santé et services sociaux Québec; 2006.
8. Organisation mondiale de la santé. Ending childhood dental caries : WHO implementation manual [Internet]. [cité 8 mars 2021]. Disponible : <https://www.who.int/publications/i/item/ending-childhood-dental-caries-who-implementation-manual>
9. Galarneau C, Gagnon, Sylvie. Prévention et traitement de la carie dentaire chez les enfants de 0 à 4 ans en contexte de santé publique : analyse de l'efficacité de quatre pratiques cliniques. Montréal : Institut national de santé publique du Québec; 2022.
10. Roy, Mathieu, Paradis, Gilles, Déry, Véronique. Élaborer des recommandations en soutien à la prise de décision en santé publique: méthodes et critères -État des connaissances-Revue narrative systématisée des écrits scientifiques et de la littérature grise. Bibliothèque et Archives nationales du Québec; 2023.
11. Robert O, Déry V, Bibliothèque numérique canadienne (Firme). Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'Institut national de santé publique du Québec [Internet]. 2020 [cité 31 août 2021]. Disponible à : <http://www.deslibris.ca/ID/10105464>
12. Lotto M, Strieder AP, Aguirre PEA, Oliveira TM, Machado MAAM, Rios D, *et al.* Parental-oriented educational mobile messages to aid in the control of early childhood caries in low socioeconomic children : a randomized controlled trial. *Journal of Dentistry* [Internet]. 2020;101. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300571220302025>
13. Menegaz AM, Silva AER, Cascaes AM. Intervenções educativas em serviços de saúde e saúde bucal: revisão sistemática. *Rev saúde pública.* 3 mai 2018;52:52.

14. Deghatipour M, Ghorbani Z, Mokhlesi AH, Ghanbari S, Namdari M. Community-based interventions to reduce dental caries among 24-month old children : a pilot study of a field trial. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):637.
15. Razeghi S, Amiri P, Mohebbi SZ, Kharazifard MJ. Impact of health promotion interventions on early childhood caries prevention in children aged 2-5 years receiving dental treatment under general anesthesia. *Frontiers in Public Health*. 2020;8:6.
16. George A, Sousa MS, Kong AC, Blinkhorn A, Norrie TP, Foster J, *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* [Internet]. 2019;19(172). Disponible : <https://rd.springer.com/article/10.1186/s12903-019-0862-x>
17. Harrison-Barry L, Elsworth K, Pukallus M, Leishman SJ, Boocock H, Walsh LJ, *et al*. The Queensland birth cohort study for early childhood caries : results at 7 years. *JDR Clinical and Translational Research*. 2022;7(1):80-9.
18. Riggs E, Kilpatrick N, Slack-Smith L, Chadwick B, Yelland J, Muthu MS, *et al*. Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2019;2019(11). Disponible : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med16&NEWS=N&AN=31745970>
19. El-Fadl RA, Blair M, Hassounah S. Integrating maternal and children's oral health promotion into nursing and midwifery practice - A systematic review. *PLoS ONE*. 2016;11(11):e0166760.
20. Faisal MR, Mishu MP, Jahangir F, Younes S, Dogar O, Siddiqi K, *et al*. The effectiveness of behaviour change interventions delivered by non-dental health workers in promoting children's oral health : A systematic review and meta-analysis. *PloS ONE*. 2022;17(1):e0262118.
21. Brännemo I, Soares FC, Tsilingaridis G, Dahllof G. Impact of an extended postnatal home visiting programme on oral health among children in a disadvantaged area of Stockholm, Sweden. *Acta Paediatrica*. 2020;110(1):230-6.
22. 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 & Preventive Dentistry*. 2017;15(3):215-21.
23. Kimhasawad W, Punyanirun K, Somkotra T, Detsomboonrat P, Trairatvorakul C, Songsiripraduboon S. Comparing protection-motivation theory-based intervention with routine public dental health care. *International Journal of Dental Hygiene*. 2021;19(3):279-86.
24. Rush E, Kirk M, Parmar P, Young L, Obolonkin V. Secular trends 2013-2017 in overweight and visible dental decay in New Zealand preschool children : influence of ethnicity, deprivation and the Under-5-Energize nutrition and physical activity programme. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*. 2019;10(3):345-52.
25. Colvara BC, Faustino-Silva DD, Meyer E, Hugo FN, Celeste RK, Hilgert JB. Motivational interviewing for preventing early childhood caries: a systematic review and meta-analysis. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2020;49(1):10-6.

26. Faghihian R, Faghihian E, Kazemi A, Tarrahi MJ, Zakizade M. Impact of motivational interviewing on early childhood caries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Dental Association* (1939). 2020;151(9):650-9.
27. Gao X, Lo C, Kot C, Chan C. Motivational interviewing in improving oral health : a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Periodontology*. 2014;85(3):426-37.
28. Jiang S, McGrath C, Lo ECM, Ho SMY, Gao X. Motivational interviewing to prevent early childhood caries : a randomized controlled trial. *Journal of Dentistry* [Internet]. 2020;97. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300571220300919>
29. Organisation mondiale de la santé, éditeur. L'éducation pour la santé: manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaires. Genève : Organisation mondiale de la santé; 1990.
30. Organisation mondiale de la santé. Glossaire de la promotion de la santé. 1999.
31. Miller WR, Rollnick S, Lécalier D, Michaud P. L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement. 2^e éd. Paris : Interéditions; 2013. (Développement personnel et accompagnement).
32. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/nouvelle-formation-de-base-en-entretien-motivationnel>. Nouvelle formation de base en entretien motivationnel.
33. Christian B, George A, Veginadu P, Villarosa A, Makino Y, Kim WJ, *et al.* Strategies to integrate oral health into primary care: a systematic review. *BMJ Open*. Juill. 2023;13(7):e070622.

ANNEXE 1 STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Plateforme Ovid/base de données Medline

Interrogée le 2022-06-29

#	Requête	Résultats
1	(babies or baby or child* or ((deciduous or primary) adj2 (dentition* or molar\$1 or teeth or tooth)) or infan* or kid\$1 or kinder-gar#en* or kindergar#en* or neonate\$1 or new-born\$1 or newborn\$1 or p?ediatric* or pre-kindergar#en* or prekindergar#en* or pre-school* or preschool* or toddler* or youth).ti,ab,kf. or "child, preschool"/ or " child health "/or exp "child health services"/ or"dental care for children "/or exp infant/ or"infant health"/or"neonatal screening "/or neonatology/ or"pediatric dentistry "/or pediatrics/	2 962 150
2	(effect* or effic* or enhanc* or "evidence-based" or guidance* or guide* or improv* or ineffective* or ineffic* or ((best or established or promising or proven or validated) adj2 (approch* or method\$1 or practice*)) or principle* or protocol* or recommend* or solution* or standard* or strateg* or suggestion* or tip or tips or tool*).ti,ab,kf. or "Program Evaluation"/ or "Treatment Outcome"/	14 652 861
3	("anticipatory guidance*" or booklet* or "health communication*" or leaflet* or pamphlet* or ("tooth brush" or toothbrush) adj training*) or (behavio?r* adj1 (interven* or interviewing)) or (counsel?ing adj1 (dietary or direct* or distance or ((client or patient) adj centered))) or (educat* adj1 (brochure* or conventional or film* or patient* or (traditional adj health*) or video*)) or ((dental or oral) adj1 (health or hygien*) adj1 (counsel?ing or educat* or interven* or promot* or strateg*)) or ((educat* or interven* or promot* or strateg*) adj5 (brush* or floss* or nutrition or food or diet*)) or ((control* or limit* or reduc*) adj5 (beverage* or cand* or drink* or snack* or soda* or sugar* or sweet*)) or campaign* or ((oral or dental) adj health adj (mobile or text) adj messag*) or (social adj (marketing or media)) or (telephone adj (consultation* or contact*)) or ((communit* or famil* or mother* or parent*) adj1 (educat* or interven* or mobili#ation*)) or (motivational adj (consultation* or change* or counsel?ing or "enhancement therap*" or interven* or interviewing)) or ((kinder-gar#en* or kindergar#en* or pre-kindergar#en* or prekindergar#en* or pre-school* or preschool*) adj5 (educat* or interven* or promot* or strateg*)) or OHPP or (home adj (advice* or visit*))).ti,ab,kf. or exp "directive counseling"/ or "distance counseling " / or "health communication " / or "health education, dental "/or "healthy people programs"/ or "health promotion "/ or "house calls "/ or "preventive health services"/ or "text messaging "/	389 260
4	(carie\$1 or cariosity or carious* or cavity or "dental plaque" or (decay* adj1 (dental or teeth or tooth)) or (" decayed missing filled" adj (surface* or teeth)) or DMFS or DMFT or ECC).ti,ab,kf. or "Dental Caries"/ or "Dental Plaque "/	258 479
5	1 and 2 and 3 and 4	1 997
6	5 and (english or french).lg.	1 842
7	.. l/6 yr=2005-3000	1 390

Plateforme Ovid/base de données Embase

Interrogée le 2022-06-29

#	Requête	Résultats
1	(babies or baby or child* or ((deciduous or primary) adj2 (dentition* or molar\$1 or teeth or tooth)) or infan* or kid\$1 or kinder-gar#en* or kindergar#en* or neonate\$1 or new-born\$1 or newborn\$1 or p?ediatric* or pre-kindergar#en* or prekindergar#en* or pre-school* or preschool* or toddler* or youth).ti,ab,kf.	2 861 621
2	(effect* or effic* or enhanc* or "evidence-based" or guidance* or guide* or improv* or ineffective* or ineffic* or ((best or established or promising or proven or validated) adj2 (approch* or method\$1 or practice*)) or principle* or protocol* or recommend* or solution* or standard* or strateg* or suggestion* or tip or tips or tool*). ti,ab,kf.	17 770 498
3	("anticipatory guidance*" or booklet* or "health communication*" or leaflet* or pamphlet* or ("tooth brush" or toothbrush) adj training*) or (behavio?r* adj1 (interven* or interviewing)) or (counsel?ing adj1 (dietary or direct* or distance or ((client or patient) adj centered))) or (educat* adj1 (brochure* or conventional or film* or patient* or (traditional adj health*) or video*)) or ((dental or oral) adj1 (health or hygien*) adj1 (counsel?ing or educat* or interven* or promot* or strateg*)) or ((educat* or interven* or promot* or strateg*) adj5 (brush* or floss* or nutrition or food or diet*)) or ((control* or limit* or reduc*) adj5 (beverage* or cand* or drink* or snack* or soda* or sugar* or sweet*)) or campaign* or ((oral or dental) adj health adj (mobile or text) adj messag*) or (social adj (marketing or media)) or (telephone adj (consultation* or contact*)) or ((communit* or famil* or mother* or parent*) adj1 (educat* or interven* or mobili#ation*)) or (motivational adj (consultation* or change* or counsel?ing or "enhancement therap*" or interven* or interviewing)) or (((kinder-gar#en* or kindergar#en* or pre-kindergar#en* or prekindergar#en* or pre-school* or preschool*) adj5 (educat* or interven* or promot* or strateg*)) or OHPP or (home adj (advice* or visit*))).ti,ab,kf.	394 726
4	(carie\$1 or cariosity or carious* or cavity or "dental plaque" or (decay* adj1 (dental or teeth or tooth)) or (" decayed missing filled " adj (surface* or teeth)) or DMFS or DMFT or ECC). ti,ab,kf.	265 202
5	1 and 2 and 3 and 4	1 491
6	5 and (english or french).lg.	1 395
7	..l/ 6 yr=2005-3000	1 138

Plateforme Ovid/base de données Global Health

Interrogée le 2022-06-29

#	Requête	Résultats
1	(babies or baby or child* or ((deciduous or primary) adj2 (dentition* or molar\$1 or teeth or tooth)) or infan* or kid\$1 or kinder-gar#en* or kindergar#en* or neonate\$1 or new-born\$1 or newborn\$1 or p?ediatric* or pre-kindergar#en* or prekindergar#en* or pre-school* or preschool* or toddler* or youth). ti,ab,id.	492 984
2	(effect* or effic* or enhanc* or "evidence-based" or guidance* or guide* or improv* or ineffective* or ineffic* or ((best or established or promising or proven or validated) adj2 (approch* or method\$1 or practice*)) or principle* or protocol* or recommend* or solution* or standard* or strateg* or suggestion* or tip or tips or tool*). ti,ab,id.	2 235 227
3	("anticipatory guidance*" or booklet* or "health communication*" or leaflet* or pamphlet* or (("tooth brush" or toothbrush) adj training*) or (behavio?r* adj1 (interven* or interviewing)) or (counsel?ing adj1 (dietary or direct* or distance or ((client or patient) adj centered))) or (educat* adj1 (brochure* or conventional or film* or patient* or (traditional adj health*) or video*)) or ((dental or oral) adj1 (health or hygien*) adj1 (counsel?ing or educat* or interven* or promot* or strateg*)) or ((educat* or interven* or promot* or strateg*) adj5 (brush* or floss* or nutrition or food or diet*)) or ((control* or limit* or reduc*) adj5 (beverage* or cand* or drink* or snack* or soda* or sugar* or sweet*)) or campaign* or ((oral or dental) adj health adj (mobile or text) adj messag*) or (social adj (marketing or media)) or (telephone adj (consultation* or contact*)) or ((communit* or famil* or mother* or parent*) adj1 (educat* or interven* or mobili#ation*)) or (motivational adj (consultation* or change* or counsel?ing or "enhancement therap*" or interven* or interviewing)) or ((kinder-gar#en* or kindergar#en* or pre-kindergar#en* or prekindergar#en* or pre-school* or preschool*) adj5 (educat* or interven* or promot* or strateg*)) or OHPP or (home adj (advice* or visit*))). ti,ab,id.	118 392
4	(carie\$1 or cariosity or carious* or cavity or "dental plaque" or (decay* adj1 (dental or teeth or tooth)) or ("decayed missing filled" adj (surface* or teeth)) or DMFS or DMFT or ECC). ti,ab,id.	25 970
5	1 and 2 and 3 and 4	623
6	5 and (english or french).lg.	547
7	..l/ 6 yr=2005-3000	496

Plateforme Ovid/base de données PsycINFO

Interrogée le 2022-06-29

#	Requête	Résultats
1	(babies or baby or child* or ((deciduous or primary) adj2 (dentition* or molar\$1 or teeth or tooth)) or infan* or kid\$1 or kinder-gar#en* or kindergar#en* or neonate\$1 or new-born\$1 or newborn\$1 or p?ediatric* or pre-kindergar#en* or prekindergar#en* or pre-school* or preschool* or toddler* or youth). ti,ab,id.	913 570
2	(effect* or effic* or enhanc* or "evidence-based" or guidance* or guide* or improv* or ineffective* or ineffic* or ((best or established or promising or proven or validated) adj2 (approch* or method\$1 or practice*)) or principle* or protocol* or recommend* or solution* or standard* or strateg* or suggestion* or tip or tips or tool*). ti,ab,id.	2 712 721
3	("anticipatory guidance*" or booklet* or "health communication*" or leaflet* or pamphlet* or ("tooth brush" or toothbrush) adj training*) or (behavio?r* adj1 (interven* or interviewing)) or (counsel?ing adj1 (dietary or direct* or distance or ((client or patient) adj centered))) or (educat* adj1 (brochure* or conventional or film* or patient* or (traditional adj health*) or video*)) or ((dental or oral) adj1 (health or hygien*) adj1 (counsel?ing or educat* or interven* or promot* or strateg*)) or ((educat* or interven* or promot* or strateg*) adj5 (brush* or floss* or nutrition or food or diet*)) or ((control* or limit* or reduc*) adj5 (beverage* or cand* or drink* or snack* or soda* or sugar* or sweet*)) or campaign* or ((oral or dental) adj health adj (mobile or text) adj messag*) or (social adj (marketing or media)) or (telephone adj (consultation* or contact*)) or ((communit* or famil* or mother* or parent*) adj1 (educat* or interven* or mobili#ation*)) or (motivational adj (consultation* or change* or counsel?ing or "enhancement therap*" or interven* or interviewing)) or ((kinder-gar#en* or kindergar#en* or pre-kindergar#en* or prekindergar#en* or pre-school* or preschool*) adj5 (educat* or interven* or promot* or strateg*)) or OHPP or (home adj (advice* or visit*))). ti,ab,id.	126 067
4	(carie\$1 or cariosity or carious* or cavity or "dental plaque" or (decay* adj1 (dental or teeth or tooth)) or (" decayed missing filled " adj (surface* or teeth)) or DMFS or DMFT or ECC). ti,ab,id.	2 724
5	1 and 2 and 3 and 4	63
6	5 and (english or french).lg.	59
7	..l/ 6 yr=2005-3000	55

Plateforme EBSCO/base de données ERIC

Interrogée le 2022-06-29

#	Requête	Résultats
S1	TI (babies or baby or child* or ((deciduous or primary) N3 (dentition* or molar# or teeth or tooth)) or infan* or kid# or kinder-gar?en* or kindergar?en* or neonate# or new-born# or newborn# or p#ediatric* or pre-kindergar?en* or prekindergar?en* or pre-school* or preschool* or toddler* or youth) OR KW (babies or baby or child* or ((deciduous or primary) N3 (dentition* or molar# or teeth or tooth)) or infan* or kid# or kinder-gar?en* or kindergar?en* or neonate# or new-born# or newborn# or p#ediatric* or pre-kindergar?en* or prekindergar?en* or pre-school* or preschool* or toddler* or youth) OR AB (babies or baby or child* or ((deciduous or primary) N3 (dentition* or molar# or teeth or tooth)) or infan* or kid# or kinder-gar?en* or kindergar?en* or neonate# or new-born# or newborn# or p#ediatric* or pre-kindergar?en* or prekindergar?en* or pre-school* or preschool* or toddler* or youth)	372 178
S2	TI (effect* or effic* or enhanc* or "evidence-based" or guidance* or guide* or improv* or ineffective* or ineffic* or ((best or established or promising or proven or validated) N3 (approch* or method# or practice*)) or principle* or protocol* or recommend* or solution* or standard* or strateg* or suggestion* or tip or tips or tool*) OR KW (effect* or effic* or enhanc* or "evidence-based" or guidance* or guide* or improv* or ineffective* or ineffic* or ((best or established or promising or proven or validated) N3 (approch* or method# or practice*)) or principle* or protocol* or recommend* or solution* or standard* or strateg* or suggestion* or tip or tips or tool*) OR AB (effect* or effic* or enhanc* or "evidence-based" or guidance* or guide* or improv* or ineffective* or ineffic* or ((best or established or promising or proven or validated) N3 (approch* or method# or practice*)) or principle* or protocol* or recommend* or solution* or standard* or strateg* or suggestion* or tip or tips or tool*)	954 356

Plateforme EBSCO/base de données ERIC (suite)

Interrogée le 2022-06-29 (suite)

#	Requête	Résultats
S3	TI ("anticipatory guidance*" or booklet* or "health communication*" or leaflet* or pamphlet* or ("tooth brush" or toothbrush) W0 training*) or (behavio#r* N2 (interven* or interviewing)) or (counsel#ing N2 (dietary or direct* or distance or ((client or patient) W0 centered))) or (educat* N2 (brochure* or conventional or film* or patient* or (traditional W0 health*) or video*)) or ((dental or oral) N2 (health or hygien*) N2 (counsel#ing or educat* or interven* or promot* or strateg*)) or ((educat* or interven* or promot* or strateg*) N6 (brush* or floss* or nutrition or food or diet*)) or ((control* or limit* or reduc*) N6 (beverage* or cand* or drink* or snack* or soda* or sugar* or sweet*)) or campaign* or ((oral or dental) W0 health W0 (mobile or text) W0 messag*) or (social W0 (marketing or media)) or (telephone W0 (consultation* or contact*)) or ((communit* or famil* or mother* or parent*) N2 (educat* or interven* or mobili?ation*)) or (motivational W0 (consultation* or change* or counsel#ing or "enhancement therap*" or interven* or interviewing)) or ((kinder-gar?en* or kindergar?en* or pre-kindergar?en* or prekindergar?en* or pre-school* or preschool*) N6 (educat* or interven* or promot* or strateg*)) or OHPP or (home W0 (advice* or visit*)) OR KW ("anticipatory guidance*" or booklet* or "health communication*" or leaflet* or pamphlet* or ("tooth brush" or toothbrush) W0 training*) or (behavio#r* N2 (interven* or interviewing)) or (counsel#ing N2 (dietary or direct* or distance or ((client or patient) W0 centered))) or (educat* N2 (brochure* or conventional or film* or patient* or (traditional W0 health*) or video*)) or ((dental or oral) N2 (health or hygien*) N2 (counsel#ing or educat* or interven* or promot* or strateg*)) or ((educat* or interven* or promot* or strateg*) N6 (brush* or floss* or nutrition or food or diet*)) or ((control* or limit* or reduc*) N6 (beverage* or cand* or drink* or snack* or soda* or sugar* or sweet*)) or campaign* or ((oral or dental) W0 health W0 (mobile or text) W0 messag*) or (social W0 (marketing or media)) or (telephone W0 (consultation* or contact*)) or ((communit* or famil* or mother* or parent*) N2 (educat* or interven* or mobili?ation*)) or (motivational W0 (consultation* or change* or counsel#ing or "enhancement therap*" or interven* or interviewing)) or ((kinder-gar?en* or kindergar?en* or pre-kindergar?en* or prekindergar?en* or pre-school* or preschool*) N6 (educat* or interven* or promot* or strateg*)) or OHPP or (home W0 (advice* or visit*)) OR AB ("anticipatory guidance*" or booklet* or "health communication*" or leaflet* or pamphlet* or ("tooth brush" or toothbrush) W0 training*) or (behavio#r* N2 (interven* or interviewing)) or (counsel#ing N2 (dietary or direct* or distance or ((client or patient) W0 centered))) or (educat* N2 (brochure* or conventional or film* or patient* or (traditional W0 health*) or video*)) or ((dental or oral) N2 (health or hygien*) N2 (counsel#ing or educat* or interven* or promot* or strateg*)) or ((educat* or interven* or promot* or strateg*) N6 (brush* or floss* or nutrition or food or diet*)) or ((control* or limit* or reduc*) N6 (beverage* or cand* or drink* or snack* or soda* or sugar* or sweet*)) or campaign* or ((oral or dental) W0 health W0 (mobile or text) W0 messag*) or (social W0 (marketing or media)) or (telephone W0 (consultation* or contact*)) or ((communit* or famil* or mother* or parent*) N2 (educat* or interven* or mobili?ation*)) or (motivational W0 (consultation* or change* or counsel#ing or "enhancement therap*" or interven* or interviewing)) or ((kinder-gar?en* or kindergar?en* or pre-kindergar?en* or prekindergar?en* or pre-school* or preschool*) N6 (educat* or interven* or promot* or strateg*)) or OHPP or (home W0 (advice* or visit*))	92 876

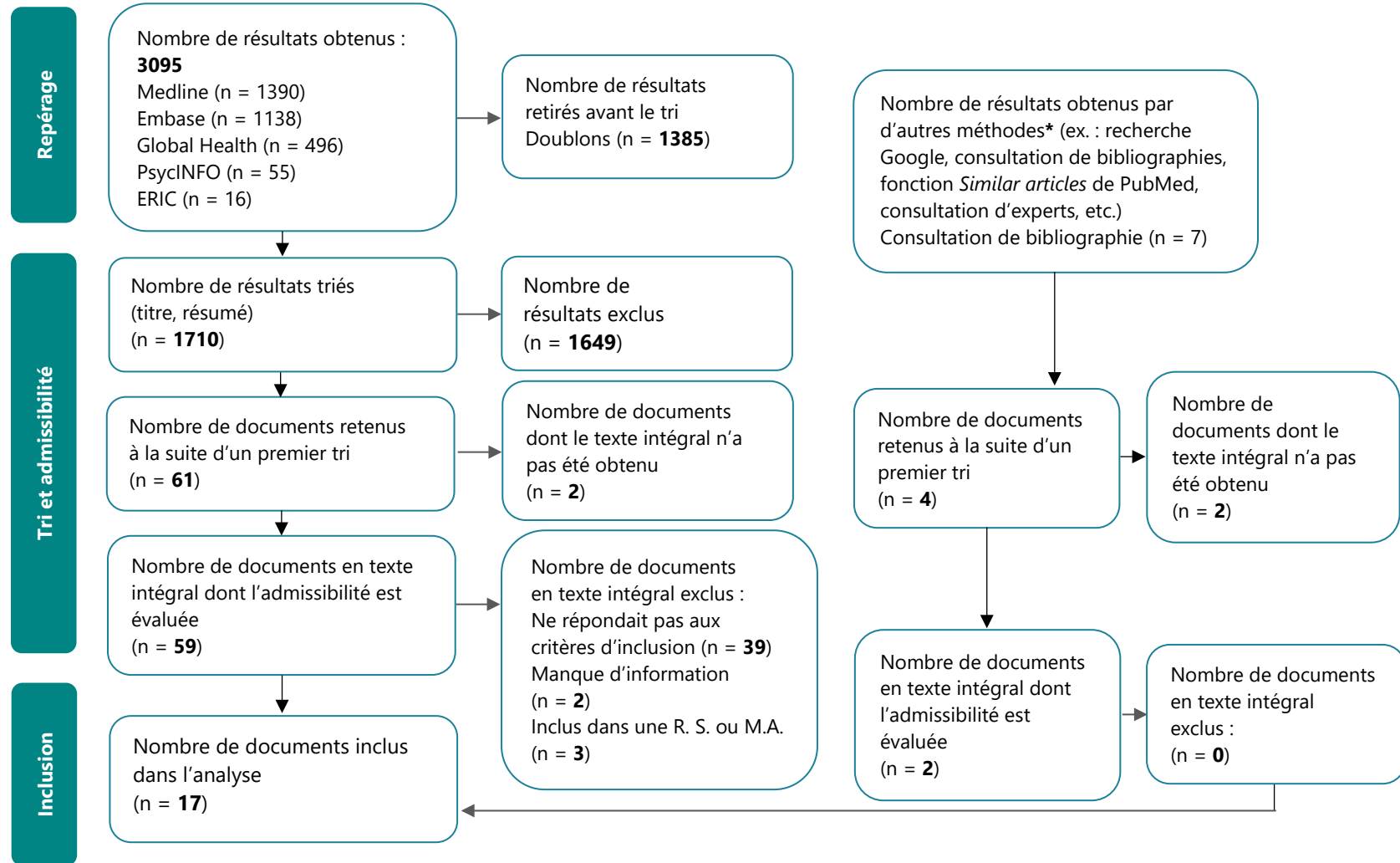
Plateforme EBSCO/base de données ERIC (suite)

Interrogée le 2022-06-29 (suite)

#	Requête	Résultats
S4	TI (carie# or cariosity or carious* or cavity or "dental plaque" or (decay* N2 (dental or teeth or tooth)) or ("decayed missing filled" W0 (surface* or teeth)) or DMFS or DMFT or ECC) OR KW (carie# or cariosity or carious* or cavity or "dental plaque" or (decay* N2 (dental or teeth or tooth)) or ("decayed missing filled" W0 (surface* or teeth)) or DMFS or DMFT or ECC) OR AB (carie# or cariosity or carious* or cavity or "dental plaque" or (decay* N2 (dental or teeth or tooth)) or ("decayed missing filled" W0 (surface* or teeth)) or DMFS or DMFT or ECC)	472
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	24
S6	S5 AND LA (english or french)	22
S7	S6 AND (DT 2005-3000)	16

ANNEXE 2 ORGANIGRAMME DE TYPE PRISMA

Éducation à la santé buccodentaire



Traduit et adapté du [PRISMA 2020 flow diagram](#)

ANNEXE 3 CARACTÉRISTIQUES DÉTAILLÉES DES INTERVENTIONS RECENSÉES

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
Brännemo et collab. (2020) /Pays : Suède /Devis : Étude de cohorte								
(21)	Ne s'applique pas	Nouveaux parents, enfants de 6-8 mois (socioéconomique- ment défavorisés) Intervention : Au début : n = 101 À 18 mois : n = 73 À 36 mois : n = 36 Contrôle : À 18 mois : n = 100 À 36 mois : n = 77 <i>Professionnels impliqués :</i> Infirmières, pédiatriques, travailleurs sociaux	Une visite à domicile à 6-8 mois comprenant : - Remise d'une brosse à dents et dentifrice fluoré (1000 ppm) - Conseils sur les pratiques d'alimentation du nourrisson, saine alimentation - Commencer le brossage dès l'apparition de la première dent Fréquence des rencontres : 6-18 et 36 mois À 18 et 36 mois au centre de santé : remise d'une brosse à dents et dentifrice fluoré (1000 ppm) Lieu : domicile des parents, centres de santé	Aucune intervention de santé buccodentaire lors de la visite au domicile à 6-8 mois À 18 et 36 mois au centre de santé : remise d'une brosse à dents et dentifrice fluoré (1000 ppm)	36 mois	ICDAS 1-6	À 18 mois % d'enfants avec carie (ICDAS 3-6) : Intervention : 0 % contrôle : 7 %	0,042
							À 36 mois % d'enfants avec carie (ICDAS 3-6) : Intervention : 10 % contrôle : 20 %	0,247
							À 18 mois % d'enfants avec carie (ICDAS 1-6) : Intervention : 16 % contrôle : 22 %	0,972
							À 36 mois % d'enfants avec carie (ICDAS 1-6) : Intervention : 18 % contrôle : 38 %	0,039
							À 36 mois % d'enfant sans : Intervention : 82 % contrôle : 64 %	0,052

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
Colvara et collab. (2020) /Pays : Brésil/Devis : Méta-analyse (8 études primaires)								
Bases de données : EMBASE, Virtual Health Library, Scopus, Cochrane, Web of science, LILACS, Google scholar								
(25)	8 études cliniques randomisées	Mères (enceintes ou non) d'enfants de 0-6 ans avec dentition temporaire (n = 3298) <i>Professionnels impliqués :</i> Professionnels dentaires, bénévoles issus de la communauté, thérapeutes dentaires	- Entretien motivationnel ou technique de counseling basée sur les principes de l'entretien motivationnel - Combinaison de l'entretien motivationnel avec soit : Counseling, dépliant, présentation d'une vidéo et/ou application de vernis fluoré + dépliant + vidéo (11 minutes) d'éducation Fréquence des rencontres : 1 à 9 rencontres à raison de 20 à 60 minutes; rappels téléphoniques entre les visites utilisés à l'occasion Lieu : non mentionné <i>Formation des professionnels :</i> oui Durée : 1 à 2 jours	- Éducation à la santé comprenant soit la remise d'un dépliant (brochure) et/ou la présentation d'une vidéo (11 à 15 minutes) et/ou application de vernis fluoré - Éducation à la santé - Distribution de brochure - Utilisation des médias (radio), VF +document écrit; - Aucune intervention	4 semaines à 3 ans	ICDAS, critères modifiés de Radake; OMS + lésions carieuses débutantes	Prévient en moyenne (caof) : -0,61; IC 95 % : -0,63 à 0,00 <u>Analyse de sous-groupe</u> (caof) : Risque élevé de carie^a : -3,15; IC 95 % : -6,14 à -0,17 Risque faible de carie : -0,31; IC 95 % : -0,63 à 0,00	0,05 0,04 0,05

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
Deghatipour et collab. (2021) /Pays : Iran/Devis : Étude clinique randomisée								
(14)	Ne s'applique pas	Femmes enceintes Intervention : Début : n = 239 Après 24 mois : n = 236 Groupe a) : n = 74 Groupe b) : n = 58 Groupe c) : n = 52 Groupe d) : n = 52 Contrôle : Début : n = 200 À 24 mois : n = 200 Âge moyen des 436 enfants : 23,7 mois <i>Professionnels impliqués :</i> Dentistes, nutritionnistes, sages-femmes	Interventions périnatales aux 2^e et 3^e trimestres et postnatales : examen dentaire et démonstration de la méthode de brossage ainsi que remise de dentifrice fluoré, brosse à dents et doigtier Conseils sur l'alimentation : saine alimentation à la fois pour la mère et l'enfant, l'importance de limiter la consommation de sucreries et le bon usage de la sucette et du biberon. On encourageait également les futures mamans à allaiter leur enfant en plus de les inciter à brosser leurs dents deux fois par jour avec un dentifrice fluoré et à consulter le dentiste Les conseils de santé buccodentaire : adaptés en fonction de l'âge de l'enfant, mères encouragées à ne pas faire usage du tabac et privilégier l'usage de gomme à mâcher à base de xylitol L'information était transmise selon quatre modèles de communication : a) Combinaison de rencontres de groupes, rencontres individuelles et utilisation des médias sociaux b) Rencontres de groupes seulement (remise d'un dépliant, brosse à dents et tube de dentifrice) c) Rencontres individuelles (importance de la santé buccodentaire durant la grossesse, remise d'un dépliant, démonstration du brossage des dents et de l'utilisation d'un doigtier)	Interventions périnatales aux 2^e et 3^e trimestres^b puis examen dentaire et démonstration de la méthode de brossage ainsi que remise de dentifrice fluoré, brosse à dents et remise d'un doigtier Fréquence des rencontres : 6, 12, 18 et 24 mois	24 mois	Critères de l'OMS	À 24 mois Moyenne cd : Intervention : Total : 0,36 (±0,93) Gr. a) = 0,11 (± 0,42) Gr. b) = 0,55 (± 1,16) Gr. c) = 0,17 (± 0,43) Gr. d) = 0,71 (± 1,33) Contrôle : 1,61 (± 2,61) % d'enfants sans carie : Intervention : Total : 78,8 % Gr. a) = 91,9 % Gr. b) = 74,1 % Gr. c) = 84,6 % Gr. d) = 59,6 % Contrôle : 56 %	

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
Deghatipour et collab. (2021) /Pays : Iran/Devis : Étude clinique randomisée (suite)								
			d) Médias sociaux (84 messages sous la forme de messages textes audios et vidéos Fréquence des rencontres : <u>Rencontres de groupe</u> : Tous les 3 mois de la fin de la grossesse jusqu'à 18 mois après la naissance <u>Rencontres individuelles</u> : Durant la grossesse, puis à 1, 6, 12 et 18 mois lors des cliniques de vaccination <u>Médias sociaux</u> : Envoi de messages toutes les semaines de la grossesse jusqu'à 18 mois. <i>Formation au préalable des intervenants</i> Oui Lieu : centre de santé				<i>Après 24 mois</i> <i>OR sans carie :</i> (Gr. Contrôle = 1) Gr. a) = 4,54; IC 95 % : 1,58 à 12,94 Gr. b) = 1,22; IC 95 % : 0,50 à 3,00 Gr. c) = 3,16; IC 95 % : 1,16 à 8,57 Gr. d) = 0,63; IC 95 % : 0,27 à 1,51	< 0,05 > 0,05 < 0,05 > 0,05

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
El Fadl et collab. (2016) /Pays : Royaume-Uni et Égypte/Devis : Revue systématique Bases de données : Embase, MEDLINE, Global Health (Ovid), CINAHL (EBSCO), Scopus, Web of Science, Central, ProQuest								
(19)	13/21	Mères, personnes responsables des soins buccodentaires de l'enfant, socioéconomiquement défavorisées : N = 94 à 4360 Enfants âgés de 0 à < 5 ans <i>Professionnels impliqués</i> : Infirmières, infirmières en partenariat avec les pédiatres, nutritionnistes, personnels de la vaccination	Présentation de vidéos, démonstration des techniques de brossage, brochures, dépliants, livrets, exercices de jeux de rôles, remise d'une trousse dentaire (brosse à dents, dentifrices, gobelets), applications de vernis fluorés, Fréquence des interventions : Non mentionnée Lieu : centres de santé, cliniques de vaccination	Non disponible	6 mois à 36 mois	Non mentionné	Données qualitatives	
Faghihian et collab. (2020) /Pays : Iran/Devis : Méta-analyse Bases de données : Embase, Scopus, Cochrane, MEDLINE								
(26)	3 études cliniques randomisées	Femmes enceintes (12-34 semaines), dyades mère-enfant (0-5 ans), personnes responsables des soins buccodentaires de l'enfant n = 3 016 <i>Professionnels impliqués</i> : Non mentionné	Entretien motivationnel combiné à l'éducation à la santé (dépliants, vidéos, brochures, recommandations sur l'utilisation des vernis fluorés ainsi que sur l'utilisation de la brosse à dents/dentifrices) Fréquence des rencontres : 1 à 9 rencontres d'une durée de 30 à 45 minutes <i>Formation des professionnels</i> : non mentionné Lieu : non mentionné	Éducation à la santé : dépliants, vidéos, brochures, recommandations sur l'utilisation des vernis fluorés ainsi que sur l'utilisation de la brosse à dents/dentifrices	24 mois	Non mentionné	Moyenne du caof : 2,83; IC 95 % : -0,83 à 6,49	0,130

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
Faisal et collab. (2022) /Pays : Royaume-Uni et Pakistan/Devis : Méta-analyse Bases de données : MEDLINE, CINAHL, Cochrane, Web of Science, TRoPHI, PROQUEST								
(20)	16	Mères, personnes responsables des soins buccodentaires de l'enfant Enfants = 1 à 5 jours jusqu'à 5,2 ans N = non mentionné <i>Professionnels impliqués</i> : Infirmières, dentistes, travailleurs de la santé, travailleurs communautaires, sages-femmes, nutritionnistes, bénévoles	Éducation à la santé buccodentaire combinée à d'autres moyens comme de l'entretien motivationnel, une trousse dentaire, un engagement communautaire, un dépistage, des mesures préventives (verniss fluoré) Fréquence des rencontres : Non précisé	- Aucune intervention - Services de base^c - Éducation à la santé buccodentaire transmise verbalement, par écrit ou à l'aide de moyens audiovisuels - Counseling offert à la discrétion de l'intervenant	6 à 36 mois		1 ^{re} méta-analyse (12 études) caof moyen : -0,15; IC 95 % : -0,25 à -0,04	0,001
							2 ^e méta-analyse (6 études) caod moyen : -0,34; IC 95 % : -0,54 à -0,13	0,000

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
Gao et collab. (2014) /Pays : Chine/Devis : Revue systématique Bases de données : PubMed, MEDLINE, Web of Science, Cochrane Library, PsycINFO								
(27)	3 /16	Mères (enceintes ou non) N = 240 à 1 021 Âge : 0 à 60 mois <i>Professionnels impliqués :</i> Non mentionné	Entretien motivationnel et information donnée au moyen de matériel écrit, l'utilisation de vidéos et/ou conseils verbaux Fréquence des rencontres : Une à sept rencontres Durée : 40 à 45 minutes <i>Formation au préalable des professionnels :</i> Oui Durée de la formation : 10 h à deux jours Lieu : non mentionné	Information donnée au moyen de matériel écrit, l'utilisation de vidéos et/ou conseils verbaux	6 à 30 mois	Non mentionné	À 12 mois Réduction du nombre de nouvelles caries : Intervention : 0,71 Contrôle : 1,91	< 0,01
							À 24 mois OR = 0,35; IC 95 % : 0,15 à 0,83	Non mentionné
							À 24 mois Nouvelles lésions non cavitaires : Intervention : 4,0 Contrôle : 4,1	> 0,05
							À 24 mois Nouvelles lésions cavitaires : Intervention : 2,5 Contrôle : 2,3	> 0,05

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
George et collab. (2019) /Pays : Australie/Devis : Revue systématique Bases de données : MEDLINE, Science Direct, CINAHL, ProQuest, PubMed								
(16)	9/9	Population socioéconomique- ment défavorisée : Mères (enceintes ou non) Âge des mères : 25,7 à 26,4 ans Âge des enfants : 11 à 28 mois <i>Professionnels impliqués</i> : sages- femmes, bénévoles, conseillers en santé, infirmières communautaires, travailleurs de la santé, médecins, infirmières, nutritionnistes, travailleurs sociaux, personnels administratifs.	Débutant soit au 2 ^e , 3 ^e trimestre de grossesse ou de 0-5 jours après la naissance jusqu'à 24 mois après la naissance : 1) <u>Communication orale</u> : Conseils sur les soins buccodentaires durant la grossesse; utilisation du counseling; de l'entretien motivationnel; par des visites à domicile pour des rencontres individuelles de prévention; par des rappels téléphoniques; des approches pour renforcer et maintenir les habitudes de santé buccodentaire; 2) <u>Information écrite</u> : Affiches, dépliants, cartes de rappel, brochures, trousse dentaires (brosse à dents, dentifrice, gobelet, doigtier) 3) <u>Audiovisuel</u> 4) <u>Dépistage</u> Formation des professionnels au préalable : Oui Lieu : cliniques de vaccination, visites à domicile	- Aucune intervention - Services de base - Dépliants, conseils verbaux, et vidéos - Présentation de vidéos seulement	6 à 48 mois	Non mentionné	<u>Période prénatale</u> (1 seule étude) Moins de nouvelles lésions carieuses (cf) : (31 % contre 61 %) Moins dents extraites (ad) : 7 % contre 31 % À 2-4 ans Moins de caries	0,019
							<u>Période postnatale</u> (6 études) <i>Jusqu'à un an après l'intervention</i> Moins de faces cariées (cf) Moins de nouvelles lésions carieuses au niveau de l'email; <i>Au-delà d'un an après l'intervention</i> : caof moins élevé; Moins de nouvelles lésions carieuses	< 0,021
								< 0,001
								0,03
								< 0,05
								< 0,01

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
George et collab. (2019) /Pays : Australie/Devis : Revue systématique (suite) Bases de données : MEDLINE, Science Direct, CINAHL, ProQuest, PubMed								
							<u>Débuté en période prénatale et poursuivie en postnatale jusqu'à 24 mois (2 études)</u> <i>Après 2 ans</i> Réduction du caod alors qu'une autre étude ne démontre aucune réduction significative	0,04 > 0,05

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
Harrison-Barry et collab. (2022) /Pays : Australie/Devis : Étude de cohorte des naissances								
(17)	Ne s'applique pas	Mères socioéconomiquement défavorisées Taux de rétention après 7 ans = 36 % <u>Groupe visite à domicile</u> Nombre plus élevé de mères avec niveau universitaire (p < 0,048) Au début : Enfants : n = 714 Après 7 ans n = 307 <u>Groupe contact téléphonique</u> Au début Enfants : n = 338 Après 7 ans n = 71 <i>Professionnels impliqués :</i> Non mentionné	<u>Groupe visite à domicile</u> Durée 30 min avec intervenant préalablement formé À chaque visite : un questionnaire (antécédents médicaux, dentaires ainsi que sur l'alimentation et l'hygiène dentaire de l'enfant), examen dentaire, vérification de la technique de brossage effectuée par la mère, instructions d'hygiène buccale (2x/jour dentifrice F. + distribution d'une brosse à dents et dentifrice, prélèvement d'échantillon buccal de la salive de l'enfant Fréquence des visites : 6, 12, 18, 30 et 42 mois <u>Groupe contact téléphonique :</u> Durée de l'appel 15 à 20 minutes, le questionnaire et les instructions d'hygiène buccale étaient réalisés par téléphone puis envoi par la poste de la brosse à dents et le dentifrice Fréquences des contacts téléphoniques : 6, 12, 18, 30 et 42 mois	Aucune intervention	7 ans	Critères de l'OMS	À l'âge de 2 ans <u>Prévalence de la carie :</u> Cohorte : 2 % Contrôle : 23 % <u>Prévalence de la carie :</u> À l'âge de 4 ans : Cohorte totale : 15 % Contrôle : 78 % <u>Prévalence de la carie :</u> À l'âge de 7 ans Cohorte totale : 52 % Contrôle : 72 % À 4 ans Moyenne du caod : <u>Cohorte :</u> 0,5 ± 1,6 <u>Contrôle :</u> 6,8 ± 4,6 À 7 ans Moyenne du caod : <u>Cohorte :</u> 2,0 ± 2,7 <u>Contrôle :</u> 5,1 ± 3,1 Expérience de la carie : (Groupe de référence : contact téléphonique = 1) Visite à domicile : OR = 0,42; IC 95 % : 0,22 à 0,80	< 0,001 < 0,001 0,002 < 0,001 < 0,001 0,008

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
Henry et collab. (2017) /Pays : Inde/Devis : Revue systématique								
Bases des données : Cochrane Oral Health Group's Trials Register, PubMed, Science Direct, Google Scholar, LILACS, Clinicalkey								
(22)	3/4	Femmes enceintes (12 semaines de gestation) issues de milieux socioéconomi- quement défavorisés <i>Professionnels impliqués :</i> Non mentionné	Promotion de la santé buccodentaire, counseling sur l'alimentation, documents et vidéos portant sur des conseils préventifs et des conseils sur l'alimentation, l'hygiène buccodentaire (mère), l'allaitement et sur les pratiques d'endormissement du nourrisson, usage de la sucette, importance de la dentition temporaire, informations sur les changements buccodentaires survenant durant la grossesse Fréquence des rencontres : Non mentionnée	Non mentionné	18 mois à 6 ans	OMS, ICDAS	À 18 mois Réduction de l'expérience carieuse : RR = 0,18; IC 95 % : 0,06 à 0,52	Non mentionné
							À 3 ans Lésions carieuses cavitaires : Intervention : 37,1 % Contrôle : 42,1 %	0,39
							À 6 ans Réduction de l'expérience carieuse : RR = 0,98; IC 95 % : 0,65 à 1,48	Non mentionné

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
Jiang et collab. (2020) /Pays : Chine/Devis : Étude clinique randomisée								
(28)	Ne s'applique pas	Parents Enfants de 3-4 ans à risque de carie Groupe n°1 : n = 231 Groupe n°2 : n = 232 Groupe n°3 : n = 230 <i>Professionnels impliqués :</i> Hygiénistes dentaires	Groupe n°2 : Éducation à la santé (ED) + entretien motivationnel (EM) rencontre en face-à- face avec une hygiéniste dentaire. Fréquence des rencontres : Cinq appels téléphoniques ont été faits à 2 semaines et 1, 2, 4 et 6 mois après le counseling initial Durée : 15 à 20 minutes. Groupe n°3 : ED + EM + cariogramme <i>Formation au préalable des professionnels :</i> Oui Durée : 12 heures	Groupe n°1 : Éducation à la santé [ED] : Chaque parent a reçu trois brochures sur la santé buccodentaire intitulées « Nettoyage Dents — Je peux le faire », « Bien manger » et « Caries de la petite enfance ».	12 mois	Critères de l'OMS	À 12 mois	
							Δ caof : Groupe n°1 : 1,62 (2,65) Groupe n°2 : 0,90 (1,90) Groupe n°3 : 1,00 (2,14)	< 0,001
							n (%) nouvelles caries : Groupe n°1 : 99 (24,9) Groupe n°2 : 58 (25,1) Groupe n°3 : 65 (28,3)	< 0,001
							OR Nouvelles caries (Δ caof > 0) : = Groupe n°1 = 1 (référence)	
							Groupe n°2 = 0,446 (IC 95 % : 0,298 à 0,668)	< 0,001
							Groupe n°3 = 0,525 (IC à 0,357 à 0,771)	0,001
							Groupe n°2 c. Groupe n°3 = 1,177 (IC 95 % : 0,856 à 1,617)	0,316

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
Kimhasawad et collab. (2021) /Pays : Thaïlande/Devis : Étude quasi expérimentale avec groupe de comparaison								
(23)	Ne s'applique pas	Personnes responsables des soins buccodentaires de l'enfant <u>Intervention</u> : N = 38 Âge des enfants : 11,4 ± 2,0 mois <u>Contrôle</u> : N = 43 Âge des enfants : 11,3 ± 3,8 mois <i>Professionnels impliqués</i> : Hygiénistes dentaires	Trois rencontres de groupe d'une durée de 30 minutes : information transmise sous forme de « Questions-Réponses » démonstration participative de la méthode de brossage, remise d'une brosse à dents, enseignement aux parents comment reconnaitre la plaque. Fréquence des rencontres : Sessions répétées à 4 et 8 mois après la première séance. Lieu : centre de santé	Durant les cliniques de vaccination à 9, 12, 18 et 30 mois : Éducation à la santé d'une durée de 30 minutes : examen dentaire, instructions d'hygiène buccale, démonstration à l'aide d'un mannequin, information sur la fréquence des brossages, utilisation du biberon et nutrition Les informations ont été répétées au moins à 2 reprises selon l'horaire de vaccination	12 mois	Critères Nyvad Incluant les lésions cariées débutantes	Risque de développer de nouvelles lésions cariées (débutantes et cavitaires) : RR = 2,40; IC 95 % : 1,56 à 3,69	< 0,001
							Après 12 mois Moyenne du caod : <u>Intervention</u> : 1,60 ± 1,26 <u>Contrôle</u> : 3,05 ± 2,55	0,005
							Après 12 mois Moyenne du caof : <u>Intervention</u> : 2,99 ± 2,71 <u>Contrôle</u> : 8,79 ± 6,36	< 0,001

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
Lotto et collab. (2020) /Pays : Brésil/Devis : Étude clinique randomisée à simple insu, 2 bras parallèles								
(12)	Ne s'applique pas	Parents, responsables des soins buccodentaires issus de milieux socioéconomiques défavorisés N = 104 Enfants avec ICDAS < 4 <u>Intervention</u> : Âge moyen : 3,4 ± 0,6 ans 40,3 % d'abandon <u>Contrôle</u> : Âge moyen : 3,6 ± 0,6 ans <i>Professionnels impliqués</i> : Non mentionné	Toutes les 2 semaines, les parents ou le responsable des soins buccodentaires de l'enfant recevaient des messages texte (71 à 147 mots) par l'intermédiaire de l'application Une application sur les sujets suivants : concepts de la carie de la petite enfance, brossages des dents, fréquence et utilisation du dentifrice fluoré, antibiotiques et caries dentaires, importance de la santé buccodentaire, les facteurs de risque de la carie et ses conséquences, consommation de sucre, utilisation des fluorures, importance de visiter le dentiste, rince-bouche, alimentation)	Non mentionné	6 mois	ICDAS	Augmentation de l'ICDAS ≥ 1 : <u>Intervention</u> : 15,4 % c. 23,08 %	0,125
							Augmentation de l'ICDAS ≥ 1 : <u>Contrôle</u> : 21,2 % c. 36,5 %	0,008
							Augmentation de l'ICDAS ≥ 1 : <u>Intervention c.</u> <u>Contrôle</u> : 23,08 % c. 36,54 %	0,198
							<i>Au début de l'étude</i> : ICDAS/dent : <u>Intervention</u> : 0,40 ± 0,41 <u>Contrôle</u> : 0,35 ± 0,32	0,717
							<i>Après 6 mois</i> : ICDAS/dent : <u>Intervention</u> : 0,59 ± 0,52 <u>Contrôle</u> : 0,52 ± 0,42	0,737

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
Menegaz et collab. (2018) /Pays : Brésil/Devis Revue systématique Bases de données : PubMed, Lilacs, SciELO								
(13)	8/14	Dyades parent-enfant Âge des enfants : 0-8 ans <i>Professionnels impliqués :</i> Dentistes, travailleurs communautaires, médecins, infirmières	Éducation à la santé buccodentaire : information écrite, remise d'une brosse à dents et dentifrice, affiches dans les centres de santé, démonstration de la technique du brossage des dents sur un modèle, envoi de messages textes, vidéos, remise d'un gobelet, rappels téléphoniques, conseils sur l'alimentation, conseils sur l'hygiène buccodentaire Fréquence des rencontres : 1 à 12 rencontres avec le public cible; Lieu : centre de santé	Non mentionné	7 et 12 mois	OMS, lésions débutantes, cavitaires	Fraction préventive -31,6 %	0,008
							-43,5 % Fraction préventive : (-) 33,3 % (-) 107,6 % c. (-) 102 % (-) 9,0 % (-) 11,4 % (-) 15,2 %	<0,001 >0,05

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
Razeghi et collab. (2020) /Pays : Iran/Devis : Étude clinique randomisée								
(15)	Ne s'applique pas	Dyades mère-enfant Intervention : n = 16 dyades Âge moyen : 48,5 ± 11,1 mois caod : 10,7 ± 4,5 Lésions carieuses débutantes : 4,7 ± 2,9 Contrôle : n = 18 dyades Âge moyen : 44,6 ± 10,3 mois caod : 11,3 ± 3,6 Lésions carieuses débutantes : 3,8 ± 2,6 <i>Professionnels impliqués :</i> Non mentionné	a) Remise d'un dépliant portant sur l'importance du brossage des dents à la fois pour la mère et pour l'enfant, instructions sur la quantité appropriée de dentifrice, avoir une saine alimentation, bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson, importance de visiter le dentiste régulièrement et d'utiliser le vernis fluoré b) examen dentaire + application de vernis fluoré aux trois mois pendant 2 ans c) 6 rappels téléphoniques une fois par mois pendant 6 mois après l'intervention sous anesthésie générale. L'appel durait 20 min et les informations étaient en concordance avec les informations fournies dans le dépliant Lieu : clinique universitaire	Remise d'un dépliant portant sur l'importance du brossage des dents à la fois pour la mère et pour l'enfant, instructions sur la quantité appropriée de dentifrice, avoir une saine alimentation, bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson, importance de visiter le dentiste régulièrement et d'utiliser le vernis fluoré	24 mois	Indice caod, lésions débutantes	Après 24 mois Moyenne du caod : Intervention : 9,8 ± 3,2 Contrôle : 10,3 ± 3,7	0,18
							Lésions carieuses débutantes (<i>résultats entre les deux groupes non mentionnés</i>)	0,17

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
Riggs et collab. (2019) /Pays : Australie et Inde et Royaume-Uni/Devis : Méta-analyse et Revue systématique Bases de données : Cochrane Oral Health's Trial Register; Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register; Cochrane Central Register of Controlled Trials; MEDLINE (Ovid); Embase (Ovid), CINAHL (EBSCO)								
(18)	11 études cliniques randomisées/17	Femmes enceintes, mères et personnes responsables des soins buccodentaires d'enfants de moins d'un an Âge moyen des femmes : 26,9 ans <i>Professionnels impliqués :</i> Bénévoles, hygiénistes dentaires	Combinaison de conseils sur l'alimentation (préparation et introduction des solides, consommation de grains entiers, fruits et légumes) et les bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson (ne pas donner le biberon au coucher et éviter les liquides sucrés dans celui-ci, sevrage sain du biberon, allaitement exclusif jusqu'à 6 mois puis poursuivre jusqu'à 2 ans, recommandations de l'OMS sur l'allaitement) réalisés dans la première année de vie de l'enfant	Soins standards ^d	6 mois et plus	OMS, ICDAS, Radiographies, photographies	<u>Méta-analyse (3 études cliniques randomisées) (n = 782)</u> Risque relatif : 0,85; IC 95 % : 0,75 à 0,97	0,02
							<u>Méta-analyse (2 études cliniques randomisées) (n = 752)</u> Réduction moyenne du caof : -0,29; IC 95 % : -0,58 à 0,00	0,05
							<u>Revue systématique (1 étude clinique randomisée n = 340)</u> Réduction moyenne du caod : -0,90; IC 95 % : -1,85 à 0,05	0,06

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
Riggs et collab. (2019) /Pays : Australie et Inde et Royaume-Uni/Devis : Méta-analyse et Revue systématique Bases de données : Cochrane Oral Health's Trial Register; Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register; Cochrane Central Register of Controlled Trials; MEDLINE (Ovid); Embase (Ovid), CINAHL (EBSCO) (suite)								
			Conseils sur la promotion et le support à l'allaitement (allaitement exclusif), programme de l'UNICEF « Amis des bébés » réalisés dans la première année de vie de l'enfant	Soins standards	6 mois et plus	OMS, ICDAS, Radiographies, photographies	<u>Méta-analyse</u> <u>(2 études cliniques randomisées (n = 1148))</u> Risque relatif : 0,96; IC 95 % : 0,89 à 1,03	0,22
							<u>Méta-analyse</u> <u>(2 études cliniques randomisées n = 652)</u> Réduction moyenne du caod : -0,12; IC 95 % : -0,59 à 0,36	0,63
			Conseils sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (information sur la consommation énergétique, diminuer la consommation de gras saturé, le cholestérol) réalisés dans la première année de vie de l'enfant	Soins standards	6 mois et plus	OMS, ICDAS, radiographies, photographies	<u>Revue systématique</u> <u>(1 étude clinique randomisée n = 148)</u> Risque relatif : 1,08; IC 95 % : 0,34 à 3,37	0,90
			Conseils portant sur l'hygiène buccodentaire pour la mère et pour l'enfant (démonstration du brossage des dents), conseils sur la nutrition (promotion de la consommation de fruits et légumes) et conseils sur les pratiques d'alimentation du nourrisson réalisées dans la première année de vie de l'enfant	Soins standards	6 mois et plus	OMS, ICDAS, radiographies, photographies	<u>Méta-analyse</u> <u>(2 études cliniques randomisées, n = 365)</u> Risque relatif : 0,91; IC 95 % : 0,75 à 1,10	0,34

Auteur (année) /pays/devis								
# réf	Nombre d'études primaires	Population	Intervention	Comparaison	Durée	Critères d'évaluation de la carie	Résultats sur la carie	Valeur p
Riggs et collab. (2019) /Pays : Australie et Inde et Royaume-Uni/Devis : Méta-analyse et Revue systématique Bases de données : Cochrane Oral Health's Trial Register; Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register; Cochrane Central Register of Controlled Trials; MEDLINE (Ovid); Embase (Ovid), CINAHL (EBSCO) (suite)								
							<u>Revue systématique</u> (1 étude clinique randomisée, n = 187) Δ Moyenne du caof : -0,99; IC 95 % : -2,45 à 0,47	0,18
							<u>Revue systématique</u> (1 étude clinique randomisée, n = 187) Δ Moyenne du caod : -0,30; IC 95 % : -0,96 à 0,36	0,37
Rush et collab. (2019) /Pays : Nouvelle-Zélande/Devis : Étude de cohorte								
(24)	Ne s'applique pas	Parents de milieux socioéconomiques défavorisés Centre de la petite enfance : n = 121 Enfants : n = 8 067 <i>Professionnels impliqués :</i> Non mentionné	Messages sur une saine alimentation en privilégiant les fruits et légumes, le lait et l'eau de préférence aux boissons sucrées, limiter la consommation d'aliment à haute teneur calorique dans les centres de la petite enfance Fréquence des rencontres : Non mentionnée Lieu : centre de la petite enfance	Aucune intervention	Non précisée	ICDAS (2-6) (caries visibles)	À l'âge de 4 ans : OR = 0,79; IC 95 % : 0,70 à 0,89	< 0,001

^a La définition de l'expérience élevée et faible de la carie n'est pas bien décrite par Colvara et collab. (25)

^b La description des interventions n'est pas mentionnée par Deghatipour et collab. (14)

^c Non mentionné par Faisal et collab. (20)

^d Non précisé par Riggs et collab. (18)

ANNEXE 4 ÉVALUATION DU NIVEAU D'APPUI SCIENTIFIQUE

Le processus d'évaluation du niveau d'appui scientifique des constats a été réalisé sur la base d'un consensus entre les trois dentistes de l'INSPQ. Elles ont tenu compte des aspects suivants : du nombre de publications disponibles, du type d'études, du niveau de preuves scientifiques des publications de synthèse (déterminé par les chercheurs) et de la concordance des résultats entre les études. Aucune démarche d'analyse systématique reposant sur l'utilisation d'outils reconnus n'a été réalisée dans ce contexte.

Éducation à la santé buccodentaire réalisée durant la période prénatale

Auteurs	Type d'étude/publication	Nombre d'études primaires	Ampleur de l'effet	Niveau de preuves selon les chercheurs	Cohérence des résultats	Niveau d'appui du constat *
Les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité à court terme de l'éducation à la santé buccodentaire afin de prévenir la carie en dentition temporaire lorsqu'elle est réalisée en période prénatale.						
George et collab. (2019) (16)	Revue systématique	1/9 (1 étude rétrospective)	SIGNIFICATIF	Faible	Cohérent	Données insuffisantes
Henry et collab. (2017) (22)	Revue systématique	2/3 (2 É.C.R.) **	NON SIGNIFICATIF (1) SIGNIFICATIF (1)	Élevé Élevé		
Les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité à long terme de l'éducation à la santé buccodentaire afin de prévenir la carie en dentition temporaire lorsqu'elle est réalisée en période prénatale.						
Henry et collab. (2017) (22)	Revue systématique	1/4 (1 É.C.R.) **	NON SIGNIFICATIF	Faible	Non applicable	Données insuffisantes
Considérant que le corpus regroupe deux publications de haut niveau selon l'échelle des preuves scientifiques (16, 22); Considérant que le niveau de preuve selon les chercheurs varie de faible à élevé; En conséquence de ce qui précède, le comité*** considère que les données sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité à court et long terme de l'éducation à la santé buccodentaire afin de prévenir la carie en dentition temporaire lorsqu'elle est réalisée en période prénatale.						

* Voir le tableau 2 pour la définition des niveaux d'appui

** É.C.R. = Étude clinique randomisée

*** Comité composé des trois dentistes-conseils de l'INSPQ.

Éducation à la santé buccodentaire réalisée en période postnatale

Auteurs	Type d'étude/publication	Nombre d'études primaires	Ampleur de l'effet	Niveau de preuves selon les chercheurs	Cohérence des résultats	Niveau d'appui du constat *
L'éducation à la santé buccodentaire est efficace à court terme afin de prévenir la carie en dentition temporaire lorsqu'elle est réalisée en période postnatale.						
Faisal et collab. (2022) (20)	Méta-analyse (caof) Méta-analyse (caod)	12 (10 É.C.R.**; 2 quasi expérimentales) 6 (4 É.C.R.**; 2 quasi expérimentales)	SIGNIFICATIF SIGNIFICATIF	Faible	Cohérent	Faible
George et collab. (2019) (16)	Revue systématique	5/9 (4 É.C.R.**; 1 quasi expérimentale)	SIGNIFICATIF (4) NON SIGNIFICATIF (1)	SIGNIFICATIF : Forte (1) Modérée (2) Faible NON SIGNIFICATIF : Faible		
El Fadl et collab. (2016) (19)	Revue systématique	13/21 (9 É.C.R.** 3 quasi expérimentales 1 écologique)	SIGNIFICATIF (10) NON SIGNIFICATIF (3)	Modéré		
Menegaz et collab. (2018) (13)	Revue systématique	8/14 (6 É.C.R.**; 1 cohorte)	SIGNIFICATIF (3) NON SIGNIFICATIF (5)	SIGNIFICATIF Bonne (2) Raisonnable NON SIGNIFICATIF : Excellente Bonne Raisonnable Médiocre		
Lotto et collab. (2020) (12)	É.C.R.**	-	NON SIGNIFICATIF	-		

Éducation à la santé buccodentaire réalisée en période postnatale (suite)

Auteurs	Type d'étude/publication	Nombre d'études primaires	Ampleur de l'effet	Niveau de preuves selon les chercheurs	Cohérence des résultats	Niveau d'appui du constat *
L'éducation à la santé buccodentaire est efficace à court terme afin de prévenir la carie en dentition temporaire lorsqu'elle est réalisée en période postnatale. (suite)						
Razeghi et collab. (2020) (15)	É.C.R.**	-	NON SIGNIFICATIF	-		
Brännemo et collab. (2020) (21)	Cohorte	-	SIGNIFICATIF À 18 MOIS NON SIGNIFICATIF À 36 MOIS	-		
Rush et collab. (2019) (24)	Cohorte prospective	-	SIGNIFICATIF	-		
Kimhasawad et collab. (2021) (23)	Quasi expérimentale	-	SIGNIFICATIF	-		
Les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité à long terme de l'éducation à la santé buccodentaire afin de prévenir la carie en dentition temporaire lorsqu'elle est réalisée en période postnatale.						
Harrison-Barry et collab. (2022) (17)	Cohorte de naissances	-	SIGNIFICATIF	-	Non applicable	Données insuffisantes
Considérant que le corpus regroupe quatre publications de haut niveau selon l'échelle des preuves scientifiques (13, 16, 19, 20) et que la méta-analyse incluait de six à douze études primaires; Considérant que les mêmes études primaires sont souvent mentionnées d'une revue systématique à l'autre (19) ou à la méta-analyse (13, 16, 19); Considérant que les résultats des 10 études ayant servi à la présente synthèse tendent à démontrer une relation significative de l'utilisation de l'éducation à la santé buccodentaire; Considérant que le niveau de preuve selon les chercheurs varie de faible à élevé et qu'il y a absence d'évaluation de la qualité pour cinq études primaires (12, 15, 21, 23, 24); En conséquence de ce qui précède, le comité*** considère que l'éducation à la santé buccodentaire est efficace à court terme afin de prévenir la carie en dentition temporaire lorsqu'elle est réalisée en période postnatale (faible).						

* Voir le tableau 2 pour la définition des niveaux d'appui

** É.C.R. = Étude clinique randomisée

*** Comité composé des trois dentistes-conseils de l'INSPQ

Éducation à la santé buccodentaire débutant à la période prénatale et se poursuivant après la naissance

Auteurs	Type d'étude/publication	Nombre d'études primaires	Ampleur de l'effet	Niveau de preuves selon les chercheurs	Cohérence des résultats	Niveau d'appui du constat *
Les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité à court terme de l'éducation à la santé buccodentaire afin de prévenir la carie en dentition temporaire lorsqu'elle est débutée au cours de la période prénatale et poursuivie après la naissance.						
George et collab. (2019) (16)	Revue systématique	2/9 (1 quasi expérimentale; 1 É.C.R.**))	SIGNIFICATIF (1) NON SIGNIFICATIF (1)	(1) SIGNIFICATIF : Faible (1) NON SIGNIFICATIF : Élevé	Cohérent	Données insuffisantes
Deghatipour et collab. (2021) (14)	Étude E.C.R.	-	SIGNIFICATIF	-		
Les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité à long terme de l'éducation à la santé buccodentaire afin de prévenir la carie en dentition temporaire lorsqu'elle est débutée au cours de la période prénatale et poursuivie après la naissance.						
	Aucun					Données insuffisantes
Considérant que le corpus regroupe deux publications, dont une de haut niveau selon l'échelle des preuves scientifiques (16); Considérant que la revue systématique (16) ne compte que deux études primaires d'intérêt pour la présente synthèse Considérant que les résultats sur l'ampleur de l'effet sont mitigés; Considérant que le niveau de preuve selon les chercheurs varie de faible à élevé (16) et qu'il y a absence de l'évaluation de la qualité pour une étude primaire (14); En conséquence de ce qui précède, le comité*** considère que les données sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité à court et long terme de l'éducation à la santé buccodentaire afin de prévenir la carie en dentition temporaire lorsqu'elle est débutée au cours de la période prénatale et poursuivie après la naissance.						

* Voir le tableau 2 pour la définition des niveaux d'appui

** É.C.R. = Étude clinique randomisée

*** Comité composé des trois dentistes-conseils de l'INSPQ

L'éducation à la santé buccodentaire par l'utilisation de l'entretien motivationnel en contexte de santé publique

Auteurs	Type d'étude/publication	Nombre d'études primaires	Ampleur de l'effet	Niveau de preuves selon les chercheurs	Cohérence des résultats	Niveau d'appui du constat *
Les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité à court terme de l'éducation à la santé buccodentaire par l'utilisation de l'entretien motivationnel afin de prévenir la carie en dentition temporaire.						
Faghihian et collab. (2020) (26)	Méta-analyse	3 É.C.R.**	NON SIGNIFICATIF	Non mentionné	Non cohérent	Données insuffisantes
Colvara et collab. (2020) (25)	Méta-analyse	8 É.C.R.**	SIGNIFICATIF	Non mentionné		
Gao et collab. (2014) (27)	Revue systématique	3 É.C.R.**/4	SIGNIFICATIF (1) NON SIGNIFICATIF (2)	Bonne		
Jiang et collab. (2020) (28)	É.C.R.**	-	SIGNIFICATIF	-		
Les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité à long terme de l'éducation à la santé buccodentaire par l'utilisation de l'entretien motivationnel afin de prévenir la carie en dentition temporaire.						
	Aucun					Données insuffisantes
Considérant que le corpus regroupe trois publications de haut niveau selon l'échelle des preuves scientifiques (25–27); Considérant que les résultats des deux méta-analyses sont contradictoires et que le niveau de preuve n'est pas précisé par les chercheurs (25, 26) Considérant que les résultats sur l'ampleur de l'effet sont contradictoires; Considérant qu'il y a absence du niveau de preuve pour une étude primaire (28); En conséquence de ce qui précède, le comité*** considère que les données sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité à court et long terme de l'éducation à la santé buccodentaire par l'utilisation de l'entretien motivationnel afin de prévenir la carie en dentition temporaire.						

* Voir le tableau 2 pour la définition des niveaux d'appui

** É.C.R. = Étude clinique randomisée

*** Comité composé des trois dentistes-conseils de l'INSPQ.

Centre de référence et d'expertise
en santé publique depuis 1998



www.inspq.qc.ca

*Institut national
de santé publique*

Québec

