



NOUVELLE
formule

elmex[®]
DENTIFRICE ENFANT

Favorise la prévention de la carie
dès la 1^{ère} dent de lait!

Dès l'apparition des 1^{ères} dents temporaires (6 mois) :
brossage des dents de l'enfant : brosse à dents adaptée + trace de dentifrice
avec un dosage en fluorure adapté (500 ppm), le soir au coucher.

Dès l'école maternelle :
brossage des dents de l'enfant : brosse à dents adaptée
+ un petit pois de dentifrice avec un dosage en fluorure
adapté (500 ppm), le matin et le soir.

Dès l'école primaire (arrivée des dents définitives) :
brossage des dents de l'enfant : brosse à dents junior adaptée
+ dentifrice junior (1400 ppm de fluor),
après chaque repas (3 fois par jour).

Conseils et astuces sur
www.carie-clic.fr



Trame Way 120115

HBD News 13

La 1^{ère} newsletter des assistantes dentaires



DANS LE CADRE DE LA PRÉVENTION ET DU TRAITEMENT DES PATHOLOGIES DENTAIRES
COMME LES CARIES, LES COLLETS DENTAIRES DÉNUDÉS, LES INFLAMMATIONS GINGIVALES,
L'HALITOSE ET PLUS RÉCEMMENT L'ÉROSION DENTAIRE, UNE HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE
RIGOREUSE AVEC DES PRODUITS ADAPTÉS EST NÉCESSAIRE.

Prévention des caries de la petite enfance : POURQUOI EST-CE SI DIFFICILE ?

Prof D. Declerck,
Université Catholique de Louvain, Belgique.

LES CARIES DE LA PETITE ENFANCE posent-elles encore un problème ?

Les caries de la petite enfance (CPE) concernent encore un nombre considérable d'enfants des zones défavorisées, mais également des zones disposant de systèmes de santé bien développés. Cette pathologie a un impact majeur sur la qualité de vie de l'enfant et de sa famille. Plusieurs rapports montrent que la formation de caries sur la denture temporaire est associée à une forte valeur prédictive sur le développement de caries sur la denture permanente. Les CPE doivent donc être considérées comme un important problème de santé publique.

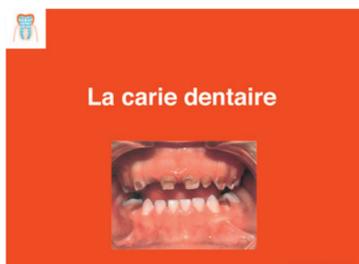
La CPE est une affection bien connue qui a fait l'objet de nombreuses études. Les facteurs de risque et les déterminants ont été étudiés en détail. Les CPE, comme toutes les autres formes de caries, ont une origine multifactorielle, le contrôle insuffisant de la plaque dentaire constituant le problème-clé. La quantité, la composition, ainsi que l'activité de la plaque dentaire doivent être prises en compte.

Les interventions d'éducation à la santé bucco-dentaire à destination des jeunes enfants et de leurs parents se concentrent principalement sur les mesures d'hygiène bucco-dentaire, les recommandations alimentaires, l'utilisation de fluorure et la limitation de la transmission (maternelle) de micro-organismes. Ces interventions ne sont généralement pas efficaces.



Formation gratuite en ligne ASSISTANTE DENTAIRE sur www.zedental.com

Découvrez le module **prévention carieuse**
pour mieux comprendre
et mieux conseiller vos patients



GABA Laboratoires
Spécialiste en hygiène bucco-dentaire
60, avenue de l'Europe | Tél. : 01.47.68.66.70
92270 Bois-Colombes | Fax : 01.47.68.66.99

Service commercial cabinets dentaires - Tél. : 02 37 51 67 59



Un pourcentage très élevé d'enfants continue à présenter des dents cariées à un très jeune âge.

L'étendue de la réhabilitation bucco-dentaire requise et le manque de coopération de ces enfants (du fait de leur jeune âge) obligent souvent à pratiquer une anesthésie pour réaliser les soins nécessaires.

De plus, **le taux de succès du traitement de restauration chez ces enfants est assez faible.** Cette faible efficacité est due, dans la plupart des cas, à un échec des mesures de prévention (secondaire). Toutes ces observations indiquent la nécessité de mettre en place une prévention plus efficace de cette maladie qui affecte les jeunes enfants.

QUEL est le problème ?

Différents aspects doivent être pris en compte lors de l'étude des raisons possibles de l'échec manifeste de la prévention pour des groupes spécifiques de jeunes enfants. **L'éducation à la santé bucco-dentaire consiste principalement à encourager un nettoyage régulier des dents et à limiter la consommation de boissons et d'en-cas contenant du sucre.**

Des résultats contradictoires sur l'efficacité de ces mesures ont été publiés et de nombreux échecs ont été signalés. Les données scientifiques sont étonnamment peu nombreuses, en particulier pour le groupe d'âges étudié dans le présent document.

Les conseils sont souvent établis à partir de données obtenues dans des études transversales, des expériences sur des animaux ou des résultats de laboratoire. On manque d'études sur des interventions ; celles dont on dispose ne sont pas très fiables du fait de problèmes méthodologiques.

Quel est le concept de l'étude (nombre de patients inclus, randomisation, abandon, etc.), l'observance des patients a-t-elle été prise en compte, qu'en est-il des facteurs de perturbation possibles, la situation de référence a-t-elle été prise en compte ?

L'utilisation du fluorure fait exception à la règle. On dispose de données convaincantes sur l'effet protecteur contre les caries de l'utilisation quotidienne d'un dentifrice au fluorure ; quelques études ont démontré l'effet protecteur de l'application de vernis fluoruré par un professionnel aux enfants à haut risque. Mais de nombreuses questions restent encore en suspens. Les produits proposés ont souvent été testés sur des groupes d'âges différents de ceux pris en compte pour les CPE. La concentration optimale en fluorure reste encore à déterminer. De même, la quantité de dentifrice à utiliser et la fréquence d'application devront faire l'objet de recherches complémentaires. C'est également le cas des aspects tels que l'âge de début du brossage des dents, l'effet d'un rinçage post-brossage et la durée du brossage des dents. On peut faire la même observation sur les mesures ciblant les aspects microbiens. Les études portant sur l'utilisation de produits microbiens donnent des résultats mitigés. Les interventions visant à la prévention de la transmission mère-enfant sont peu concluantes, mais prometteuses. Ces résultats indiquent la nécessité d'études complémentaires de haute qualité sur des interventions pour élucider ces différents points.

On peut dire pour conclure que l'on dispose de quelques données sur le contenu des messages préventifs et des actions destinées à prévenir les CPE ; on manque, en revanche, de données sur leur mode de mise en œuvre. Nos connaissances sont limitées ; ce qu'il nous reste à apprendre est encore plus important.

En revanche, nous devons souligner que le manque de données scientifiques n'est pas synonyme d'absence d'effet.



Un programme intégré de promotion de la santé bucco-dentaire DES JEUNES ENFANTS EN FLANDRES (BELGIQUE)

En 2003, **un plan de promotion de la santé bucco-dentaire des nouveau-nés et de leurs parents a été lancé en Flandres.**

Cette initiative a été intégrée au programme national de soins existant offert à tous les jeunes parents et totalement gratuit pour les participants. Plus de 97% des parents utilisent ce service, quel que soit leur environnement socio-économique. Les soins médicaux et le soutien pédagogique (jusqu'aux 2 ans et demi de l'enfant) proposés par les médecins et les infirmiers de Kind & Gezin comprend 4 visites à domicile et 11 consultations dans un bureau régional. Ce système offre une opportunité unique d'intégrer les messages de santé bucco-dentaire à un programme existant.

Le programme, également appelé **"programme de soins étendu"**, a été mis au point grâce à une étroite collaboration entre des experts en dentisterie pédiatrique, en soins de la petite enfance, en psychologie de la santé et des infirmiers de Kind & Gezin. À chaque rencontre avec l'enfant et ses parents, un ou plusieurs éléments de santé bucco-dentaire ont été abordés (par exemple, ne pas mettre de liquide contenant du sucre sur la tétine, ne pas donner le biberon dans le lit, commencer le brossage dès la première dent, etc.).

Les informations ont été intégrées au programme de soins existant déjà proposé et ont été transmises par les infirmiers et les médecins de Kind & Gezin qui ont suivi une formation spéciale avant le début du programme. Pour accompagner les messages, un ensemble d'outils de communication a été mis au point. Le programme a été complété par des messages et des dessins adaptés à l'âge de l'enfant publiés dans la "brochure de santé" de l'enfant.

Pour évaluer le programme, deux groupes ont fait l'objet d'un suivi : un groupe d'intervention comprenant 1 080 enfants et un groupe témoin de 1 057 enfants.

Les enfants du groupe témoin ont bénéficié du programme de soins standard proposé par Kind & Gezin à tous les enfants de Flandres et comprenant seulement quelques éléments de santé bucco-dentaire. Afin d'éliminer les interactions possibles entre les deux groupes, les enfants ont été sélectionnés dans deux zones géographiques distinctes, distantes de 120 km l'une de l'autre.

Le programme a été évalué en fonction des résultats sanitaires (caries présentées par les enfants) et du comportement en matière de santé bucco-dentaire. Les résultats présentés dans le présent document ont été obtenus au bout de 3 ans. Une évaluation du suivi jusqu'à l'âge de 5 ans est en cours.

Des examens bucco-dentaires ont été effectués à l'école par un groupe de 8 dentistes examinateurs formés, assistés d'un infirmier. Pendant ces examens, l'enfant était assis sur une chaise normale ; un miroir à bouche doté d'une lumière intégrée a été utilisé, ainsi que la sonde OMS/CPITN de type E. Les dents n'ont pas été nettoyées avant l'examen et aucune radio n'a été prise. Pour l'enregistrement des caries, les critères normalisés proposés par la British Association for the Study of Community Dentistry ont été utilisés. Les informations concernant les lésions initiales (d1) ont été consignées, ainsi que le niveau de cavitation (d3). Les cas de caries ont été résumés par l'indice dmft/dmfs.

Des informations complémentaires ont été collectées à l'aide de questionnaires structurés et validés, remplis par les parents.

Les résultats montrent que la santé bucco-dentaire des enfants de 3 ans s'est améliorée dans les deux zones. Au niveau d1, l'amélioration nette a été beaucoup plus forte dans le groupe d'intervention. Au niveau d3, aucune différence significative n'a été observée. En ce qui concerne les habitudes d'hygiène bucco-dentaire, **une baisse de la consommation déclarée de boissons sucrées entre les repas a été observée dans les deux groupes.** La baisse de la consommation déclarée de boissons sucrées le soir et d'en-cas contenant du sucre entre les repas a été nettement plus forte dans le groupe d'intervention. L'utilisation prolongée du biberon et/ou de la tétine n'a pas été modifiée.

Le suivi des enfants jusqu'à l'âge de 5 ans va permettre d'affiner l'analyse des résultats du programme de promotion de la santé bucco-dentaire présentés dans le présent document.