DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Édition belge

Paraît 6x par an | P924893 | Bureau de dépôt Turnhout

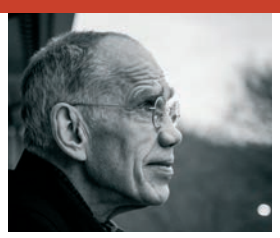
BEF.DENTAL-TRIBUNE.COM

ANNÉE 1 - NUMÉRO 1 - MARS 2020

Interview de Lina Jasulaityte
Stopper les caries avec un suivi approprié
Pages 4-6

Prise en charge des dents des enfants
Booster la confiance en eux des parents
Pages 7-8

Soins bucco-dentaires adaptés aux enfants
Mini-invasifs et stimulants pour une meilleure hygiène
Pages 9-10



Nouveau salon des soins dentaires
Dentalia Expo en octobre à Bruxelles
Page 12

Nettoyage interdentaire
Aussi nécessaire avec une dentition saine
Page 12

Éclaircissement dentaire
Minimiser les effets indésirables avec le peroxyde d'hydrogène à 6%
Pages 13-14

Interview de Lina Jasulaityte:

"Il est possible d'arrêter le processus carieux moyennant un suivi adéquat"

Pages 4-6

Accord dento-mutualiste

Après de longues négociations, les représentants des organismes assureurs et des dentistes sont parvenus le jeudi 30 janvier à un accord tarifaire pour 2020-2021. La Société de Médecine Dentaire (SMD) et la Chambre Syndicale Dentaire (CSD) ont voté cet accord à l'unanimité. Tandis que le Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT) a marqué son accord par trois voix pour et une abstention. Sur son site internet, l'association professionnelle flamande parle d'accord responsable, très imparfait, mais qui constitue le meilleur résultat possible au vu des circonstances. Seule l'association professionnelle flamande Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen (VBT) était fortement opposée à cet accord et le qualifiait même de «historiquement mauvais». La VBT n'y voit aucun point positif pour les dentistes et a dès lors refusé de l'approuver. «Jamais encore auparavant on n'avait imposé autant de conditions aux dentistes en échange de si peu», indique le site internet de la VBT. L'accord stipule que les dentistes doivent respecter les tarifs légaux (insuffisants) pour plus de 75% de leurs prestations, toujours selon l'association professionnelle du nord du pays. ■

Permettez-nous de nous présenter...

Bonjour, nous sommes enchantés de faire votre connaissance! Vous tenez en main la première parution du magazine Dental Tribune Belge entièrement repensé. Cette édition paraît désormais sous les auspices d'Albion Press, filiale d'un grand éditeur spécialisé dans la médecine et la médecine dentaire pour les Pays-Bas et la Belgique.

Notre rédaction indépendante vous parlera tous les deux mois des soins bucco-dentaires au sens le plus large du terme par le biais d'infos, d'interviews et de reportages sur la politique, la recherche scientifique et la pratique clinique. Les éventuels contenus sponsorisés sont clairement délimités dans la rubrique «Industrie» à la fin du magazine. Le rédacteur en chef de cette édition est Reinier van de Vrie, qui s'exprimera aussi dans la rubrique Billet. La rédaction se compose en outre d'Imelda van de Wardt (rédactrice spécialisée) et de Babet Jacobs (coordinatrice de la rédaction). Elle collabore aussi avec des journalistes freelances et des assistants de rédaction belges francophones. Notre but est de proposer une revue d'information intéressante tant pour les dentistes que pour toutes les personnes actives dans le secteur dentaire.

Comme c'est pour vous, chers lecteurs, que nous réalisons Dental Tribune, nous sommes curieux de connaître votre avis. N'hésitez pas à nous en faire part par e-mail à redactie@dental-tribune.nl, de même que si vous souhaitez apporter votre contribution, sous n'importe quelle forme, à nos publications.

Bonne lecture!

Rédaction Dental Tribune Belge ■

Dentistes en Wallonie: «Il y a pénurie dans certaines régions!»

TEXTE: VINCENT LIEVIN

Les chiffres sont éloquents: selon la situation géographique, les dentistes peuvent avoir jusqu'à trois fois plus de confrères autour de leur cabinet. «On passe de 4,53 dentistes par 10.000 habitants dans le Hainaut à 11,7 dentistes dans le Brabant wallon», explique Michel Devriese, en charge des questions professionnelles et porte-parole de la Société de Médecine Dentaire.

Une bonne santé bucco-dentaire est essentielle pour réduire les coûts des soins de santé d'une population. Le nombre de professionnels habilités à exercer l'art dentaire est de 4.847 en Fédération Wallonie-Bruxelles. La proportion de femmes est de 50%. En Wallonie, le nombre de dentistes est suffisant. «On observe une croissance des jeunes dentistes en Fédération Wallonie-Bruxelles par rapport à la Flandre et, paradoxalement, de plus en plus de praticiens continuent leur activité après 65 ans. Nous sommes bien évidemment attentifs à la pyramide des âges», détaille Michel Devriese. Parmi ces dentistes, 17% ne sont pas Belges. «Du côté francophone, les dentistes d'autres nationalités proviennent de France, mais aussi de Roumanie et d'Italie et, dans une moindre mesure, de Suisse et de Grande-Bretagne.» Certains dentistes belges quittent aussi le pays pour partir travailler principalement en Suisse, en France et au Canada.

La lutte contre la pénurie rurale

Si, aujourd'hui, en Wallonie, on peut affirmer qu'il y a assez de dentistes en valeur absolue, plusieurs régions doivent composer avec une pénurie. La raison en est simple: ils se regroupent dans les grandes villes. «Il y a une très mauvaise répartition sur le territoire, entre pléthore et pénurie. Nous aimerions briser ce cercle vicieux», reconnaît Michel Devriese. «Il y a un véritable problème de densité avec 4,53 dentistes dans le Hainaut contre 11,7 dentistes dans le Brabant wallon. Là, la concentration est trop forte. Même chose à Mouscron (3,43), à Dinant (3,63) et à Arlon (4,52). Il convient ici de permettre à de jeunes dentistes de s'installer pour combler le manque.»

Quelles sont les solutions?

La situation interpelle aussi le monde politique. Au Parlement wallon, la députée cdH Mathilde Vandorpe veut que le gouvernement trouve des solutions: «La pénurie de dentistes est criante dans plusieurs provinces. Mons et Mouscron arrivent en tête de liste. Les zones les plus touchées sont le sud des provinces de Namur, du Hainaut et de Luxembourg. Pour l'instant, la Région wallonne ne peut pas émettre de restrictions à l'installation de ces professionnels».

La ministre régionale wallonne de la Santé Christie Morreale (PS) tente d'apporter des solutions à son niveau: «La question de la répartition des dentistes sur le territoire wallon me préoccupe. Toutefois, l'exercice de la profession de dentiste est essentiellement libéral. Les dentistes sont totalement libres de s'installer là où bon leur semble. C'est ce qui explique leur répartition inégale sur le territoire».

Elle entend cependant agir comme elle l'a rappelé au Parlement: «La Wallonie collaborera avec la Fédération Wallonie-Bruxelles pour mettre en place une commission de planification francophone des sous-quotas des métiers de santé basés sur les données d'un cadastre dynamique et permanent et une estimation des besoins. Actuellement, la Région wallonne ne dispose pas de levier pour inciter ces professionnels à s'installer dans une commune plutôt qu'une autre. J'ai toutefois prévu d'organiser un groupe de travail avec des représentants des dentistes de l'Agence wallonne pour une vie de qualité (AViQ) afin d'essayer de dégager des pistes pour lutter contre la pénurie de dentistes dans certaines zones».

Des choix sur le terrain

En attendant les avancées politiques, les communes prennent la santé dentaire de leurs citoyens en main comme l'explique Michel Devriese. «Une action vient d'être menée en province de Luxembourg dans la commune de Hotton qui avait lancé une annonce "recherche désespérément un dentiste". Un dentiste s'est présenté et il travaille, à présent, dans des locaux loués par la commune.»

Lire la suite en page 12 ▶

dentalia

EXPO | 8-10.10.2020

TOGETHER,
THE BELGIAN CELEBRATION IS BACK !

BRUSSELS EXPO · Société de Médecine Dentaire · 3shape · DPI Dental Promotion & Innovation · BienAir Dental · dti Dental Tribune International · MAC Dental UW PASSIE ONZE ZORG · DI Dental International BV · Cattani Air Technology Benelux · Orsing directadentalgroup.com · frasaco · dSb · Newmed · Saratoga · HMI Dental Equipment · Centrale Medico Dentaire · Dentist News · Odontolia · Tooddoc · Directa · Kenda Dental Polishers · AGXI · Bossklein Complete hygiene solutions · Polirapid · CIDAE2021 · Virofex Dental · Dentatus · 4my VIPs Lumino & Relaxotherapie · parkell · Inter Medic All Service Matters · Ray · RØNVIG · Prelum Medische Media | Nascholing

and many more...

EVERY DAY. ALL YEAR LONG.

& www.dentaliaexpo.be

1. Il faut conserver le stock de petit matériel (rouleaux de coton, papier à articuler, etc.) à l'abri des aérosols produits lors des traitements afin d'exclure toute contamination.
a. Vrai
b. Faux

2. En cas de contact entre la salive ou le sang du patient et les muqueuses du dentiste, il faut rincer immédiatement avec un désinfectant doux, comme la chlorhexidine 0,05%.
a. Vrai
b. Faux

Vous trouverez les réponses de ce quiz à la page 15.

PUBLICITÉ

DITES Ahh

UNIS POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Journée Mondiale de la Santé Bucco-Dentaire
20 Mars

fdi FDI World Dental Federation

Votre bouche est incroyable ! Elle vous permet de manger, de parler et de sourire en toute confiance pour profiter de la vie.

En cette Journée Mondiale de la Santé Bucco-Dentaire, encouragez votre communauté locale à s'engager en faveur de leur santé bucco-dentaire, en commençant par une visite chez le dentiste.

ENGAGEZ-VOUS

NOUS VOULONS QUE VOS EFFORTS COLLECTIFS ET ENGAGEMENTS AMENENT A DES VIES PLUS HEUREUSES ET PLUS SAINES.

SCANNEZ-MOI POUR PLUS D'INFOS

www.worldoralhealthday.org

#WOHD20

#UNITE FOR MOUTH HEALTH

En partenariat avec

Partenaires mondiaux

Unilever

Soutiens

3M

PLANMECA

WRIGLEY Oral Health Program

Billet

Reinier van de Vrie

Tétine grignoteuse: info saine ou infox malsaine?

Nous «gobons» beaucoup de choses. Volontairement ou pas, mais c'est un fait! Les infox sont monnaie courante, avec l'un des pires extrêmes: les tentatives visant à influencer des élections, notamment via les médias sociaux. Certes, les fake news ne sont pas un phénomène nouveau. Pas de guerre sans propagande. Les fameuses photos truquées de révolutionnaires russes en sont toujours une des meilleures preuves. Il suffit de comparer la version originale et la version retouchée pour découvrir qui était tombé en disgrâce…

Bien entendu, on nous trompe depuis notre plus jeune âge. Souvent, au départ d'une bonne intention, mais aussi pour des raisons de facilité ou comme demi-mesure. La tétine est un excellent exemple. D'accord, on ne la trempe probablement plus aussi facilement qu'avant dans l'eau-de-vie afin de procurer aux enfants – et à leurs parents – une bonne nuit de sommeil, mais c'est sans compter avec les marketeurs qui se sont emparés de cette tétine toute simple pour s'adonner à l'innovation de produit. Voici la tétine grignoteuse, aussi appelée sucette alimentaire ou sucette à fruit. On la trouve notamment sur bol.com, qui la qualifie de «sucette la plus saine». Son embout peut être rempli de fruits mous (banane, fraise, framboise, poire…). «Les petits trous laissent passer de petits morceaux de fruits. Votre bébé apprend dès lors, en toute sécurité, à goûter différentes sortes de fruits», c'est en ces termes que le site web recommande la sucette – pour les bébés à partir de quatre mois – aux parents. Et pour plus de plaisir encore, il existe aussi une tétine grignoteuse avec hochet. Du pain et des jeux, un principe vieux comme le monde! Nul besoin d'expliquer aux dentistes et aux hygiénistes bucco-dentaires qu'il vaut mieux utiliser la tétine le moins longtemps possible et qu'il n'est pas conseillé de faire sucer des fruits à un enfant pendant un temps prolongé. Parents, donnez tout simplement à vos enfants un morceau de fruit! Qu'y a-t-il de plus mignon que de donner pour la première fois une banane à un jeune enfant? Ou laissez-le essayer lui-même de la manger. La machine à laver déploie des trésors de patience… Voici encore une mission d'information des parents, et peut-être de parents déçus. En attendant, en tant que dentistes, faites preuve de vigilance envers ce que l'industrie ou les autorités publiques vous font «gober» au début de cette nouvelle décennie. Ou vous pensez que ce n'est pas le cas? Réfléchissez un peu à la façon dont se sont déroulées les dix dernières années. En fait, nous n'aimons pas beaucoup être trompés.

Reinier van de Vrie est auteur et journaliste freelance spécialisé en médecine dentaire.
Contact: r.vandevrie@congrescommunicatie.com. ■

«Il est possible de stopper le processus carieux moyennant un suivi approprié»

TEXTE: IMELDA VAN DE WARDT

La dentiste pédodontologue Lina Jasulaityte, qui travaille chez Jeugdtandzorg West à La Haye (Pays-Bas), reçoit de très jeunes enfants qui lui sont référés pour des caries. Elle n'est pas adepte des traitements restaurateurs invasifs. Elle consacre dès lors la majeure partie de son temps à la motivation, au suivi et à la formation des parents et des enfants. *Dental Tribune* s'est entretenu avec elle à propos de son approche des soins des carries, ainsi que de l'intérêt et des pièges d'une méthode de traitement mini-invasive chez les enfants.

D'où provient votre préférence pour les soins bucco-dentaires préventifs?

Je suis originaire de Lituanie et, là-bas, il y a plus de vingt-cinq ans, les études de médecine dentaire étaient organisées de façon à ce que les étudiants abordent en premier lieu la prévention. Ce n'est que dans un stade ultérieur qu'ils étudiaient la médecine dentaire pour les enfants et les adultes. Je pense pour ma part que les soins dentaires préventifs sont la base de la médecine dentaire. Certes, vous pouvez résoudre les problèmes bucco-dentaires, mais prévenir vaut mieux que guérir! Et jusqu'à quel point résoudre des problèmes avec des moyens techniques constitue une approche durable?

Comment faut-il traiter les patients dépendants ayant une mauvaise santé bucco-dentaire?

Personne ne néglige délibérément ses dents! Souvent, l'ignorance et/ou le manque de compétences et de confiance en soi jouent un rôle.

De mauvaises conditions de vie privée peuvent également avoir une influence sur la dentition. Je traite les enfants les plus difficiles. Il s'agit par exemple d'enfants avec un handicap, d'enfants autistes, d'enfants atteints de troubles psychiques ou de très jeunes enfants qui coopèrent difficilement. Dans ce groupe cible, vous pouvez en tant que dentiste imaginer les belles restaurations que vous pouvez réaliser, mais l'enfant ne le permet pas souvent. Deux options se présentent alors à vous: traiter le patient sous anesthésie ou aborder le problème, de façon mini-invasive, par sa cause. L'anesthésie n'est généralement pas indispensable et je trouve en outre qu'elle ne constitue pas non plus toujours la bonne solution. Il n'y a que dans de rares cas qu'elle est nécessaire. Il me semble qu'il en va de même pour les soins bucco-dentaires gériatriques.

Quelle est la bonne solution alors?

Le processus carieux peut être stoppé moyennant un suivi approprié chez les jeunes patients et les patients âgés. Dans un premier temps, j'adopte chez tous les patients une approche préventive avant de décider de la nécessité d'une restauration. J'observe dans la pratique que la carie n'évolue plus quand le patient se brosse soigneusement les dents deux fois par jour avec un dentifrice au fluor et qu'il réduit sa consommation de sucre. Les jeunes enfants ne comprennent pas l'importance de la santé bucco-dentaire. Vous pouvez leur expliquer qu'ils doivent boire plus d'eau, mais vos paroles n'auront aucun effet s'ils reçoivent des jus et des limonades à la maison. L'enfant sait ce qu'il veut, mais les parents doivent eux savoir ce qui est sain pour leur enfant! Voilà pourquoi il est important d'impliquer les parents. Via l'entretien motivationnel, un style de conversation directif, orienté vers la personne et destiné à booster sa motivation et à obtenir un changement de comportement, j'essaie de faire prendre conscience aux parents des changements de comportement possibles pour que leur enfant ait une bonne santé buccale. Cette méthode peut aussi être utilisée avec les aidants proches dans d'autres groupes de personnes dépendantes.

Lina Jasulaityte (à droite).

Beaucoup de parents n'ont-ils pas les connaissances nécessaires pour une bonne hygiène dentaire?

Les habitudes ont généralement la vie dure et tout le monde doit en être conscient. Les parents affirment souvent: «Mon enfant ne mange pas beaucoup de sucreries!». Et quand je leur pose des questions, il apparaît que l'enfant consomme beaucoup de sucre par jour via, par exemple, la garniture sur les tartines et les limonades. Tout le monde sait que le sucre est mauvais, mais on ignore souvent l'effet du sucre sur les dents. Mon rôle, en tant que coach, est d'apprendre aux gens à réfléchir: qu'est-ce qui est important pour vous et qu'allez-vous faire pour y arriver?

Comment procédez-vous avec les parents qui ne sont pas ouverts à un changement de comportement?

J'ai dernièrement reçu au cabinet une maman de cinq enfants récemment divorcée. Le stress et les nombreuses tâches qu'ont générés les circonstances de sa vie privée ne lui permettaient pas de se concentrer sur le brossage quotidien des dents de ses enfants. Elle m'a indiqué qu'elle modifierait son comportement si ses enfants avaient plus de caries. Dans un tel moment, je fais preuve de compréhension et je veille à ce que les enfants n'aient pas mal. Un mois plus tard, la maman est revenue et il s'est avéré qu'elle avait quand même modifié son comportement. Elle avait diminué la quantité d'aliments sucrés qu'elle donnait à ses enfants et elle leur brossait les dents tous les jours. Ma compréhension l'avait incitée à l'autoréflexion. En montrant de la compréhension, en réfléchissant avec eux et en n'exerçant pas de pression, mais bien en posant des questions hypothétiques sur les éventuelles solutions, j'incite les parents à réfléchir. Ils ressentent une dissonance cognitive entre la valeur qu'ils disent accorder à la santé et leur comportement réel. Toutes les petites étapes vers un changement sont en outre immédiatement confirmées. Ils gagnent ainsi de la confiance en eux et ils voient que le prestataire de soins apprécie leurs efforts.

D'après vous, pourquoi les traitements réparateurs offrent-ils peu d'avantages?

Ils grèvent inutilement l'enfant. Bien entendu, vous traiterez de façon restauratrice en cas de risque à court terme de douleur et d'inflammation par exemple, mais c'est une fausse bonne solution. Elle ne fait que masquer. Les parents souhaitent généralement que tous les problèmes soient traités en une seule fois, sous anesthésie par exemple. Le résultat final donne tant aux parents qu'au dentiste le sentiment du devoir accompli, mais est-ce bien dans l'intérêt de l'enfant? Et cela permet-il d'établir une bonne santé bucco-dentaire pour l'enfant? La littérature prouve le contraire!

Dans quels cas l'anesthésie est-elle acceptable?

Elle doit être proportionnelle au problème. Si vous traitez un enfant sous anesthésie et que le comportement ne change pas, vous recommencerez le traitement quelques années plus tard. Par contre, il faut soulager un enfant qui souffre. Et la sédation est un excellent outil dans ce cas. Mais redoublez de prudence avec l'anesthésie. Nous en savons encore trop peu sur les conséquences de l'anesthésie sur les enfants. Dès lors posez-vous la question de savoir ce qui est nécessaire chez cet enfant pour qu'il n'ait pas mal et ce que vous pouvez retarder ou ajuster. Pendant mes études, j'ai découvert que les enfants qui figuraient sur la liste pour une anesthésie pouvaient en être biffés après un coaching préventif.

Quels sont les pièges de cette approche préventive?

En premier lieu, lors de l'entretien motivationnel, il est important de ne pas endosser trop vite un rôle de conseiller. L'avis du patient et des parents est central et ils doivent eux-mêmes arriver à changer de point de vue. Que veulent-ils? Qu'est-ce qui ne va pas? En conseillant, vous poussez les gens dans une certaine direction.

Il faut obtenir un changement de comportement petit à petit. Un deuxième piège est que nous voulons

Lire la suite en page 6

Biographie

Lina Jasulaityte a obtenu en Lituanie, son diplôme de dentiste en 1996 et son diplôme de dentiste pédiatre un an plus tard. En 2007, elle a terminé son Master en pédodontologie aux Pays-Bas. Elle travaille depuis 2008 chez Jeugdtandzorg West à La Haye et traite de très jeunes enfants ayant de nombreuses caries et provenant de milieux problématiques complexes. Elle consacre la plus grande partie de son travail à la motivation et au suivi des parents et des enfants. De plus, les formations universitaires en pédagogie et sciences du mouvement (1989), ainsi que les cours *Coach moeilijk opvoedbare kinderen (Coaching des enfants difficiles à éduquer)*, *Coachen voor professionals (Coaching pour les professionnels)* et *Motivational Interviewing* (Entretien motivationnel) qu'elle a suivis à Cardiff (Royaume-Uni), lui ont été fort utiles. Avec René Gruythuysen, ancien coordinateur pédagogique de dentisterie pédiatrique à l'*Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam* (ACTA) (Pays-Bas), et Claar van der Maarel-Wierink, dentiste gériatrique, elle a écrit l'ouvrage de référence (uniquement en néerlandais) *Problematische mondzorg bij zorgafhankelijke patiënten* (Soins bucco-dentaires problématiques chez les patients dépendants) dans la collection AccreDidactprogramma.

Du côté d'un parent

Dental Tribune a aussi rencontré madame Van L., maman de quatre enfants, qui a stoppé le processus carieux chez ses enfants par le biais des auto-soins.

«J'emmenais toujours mes quatre enfants (un, trois, cinq et sept ans) chez mon dentiste, jusqu'à ce que je découvre qu'il existe des dentistes pédiatres. J'avais pris un rendez-vous pour mes enfants et lors du premier contrôle il est apparu que les trois aînés avaient des dents cariées. Cela m'a étonnée. Six mois avant ce rendez-vous, ils avaient été pour un contrôle chez mon dentiste et ce dernier n'avait pas parlé de caries. Ce n'était quand même pas possible que la santé bucco-dentaire de mes enfants ait autant empiré en une demi-année? L'aîné avait une petite carie et les deux autres plusieurs caries profondes. Mon fils de trois ans avait même six petites caries. Le dentiste pédiatre a pris le temps – contrairement au premier dentiste – et nous a fait regarder, moi et mes enfants, avec lui. Cela m'a encouragée à remplacer la limonade par de l'eau. J'ai aussi essayé de limiter les bonbons au week-end. Je sais bien que le sucre est mauvais pour les dents, mais j'en donnais quand même aux enfants. Je pensais que les conséquences sur leurs dents n'étaient pas trop mauvaises.

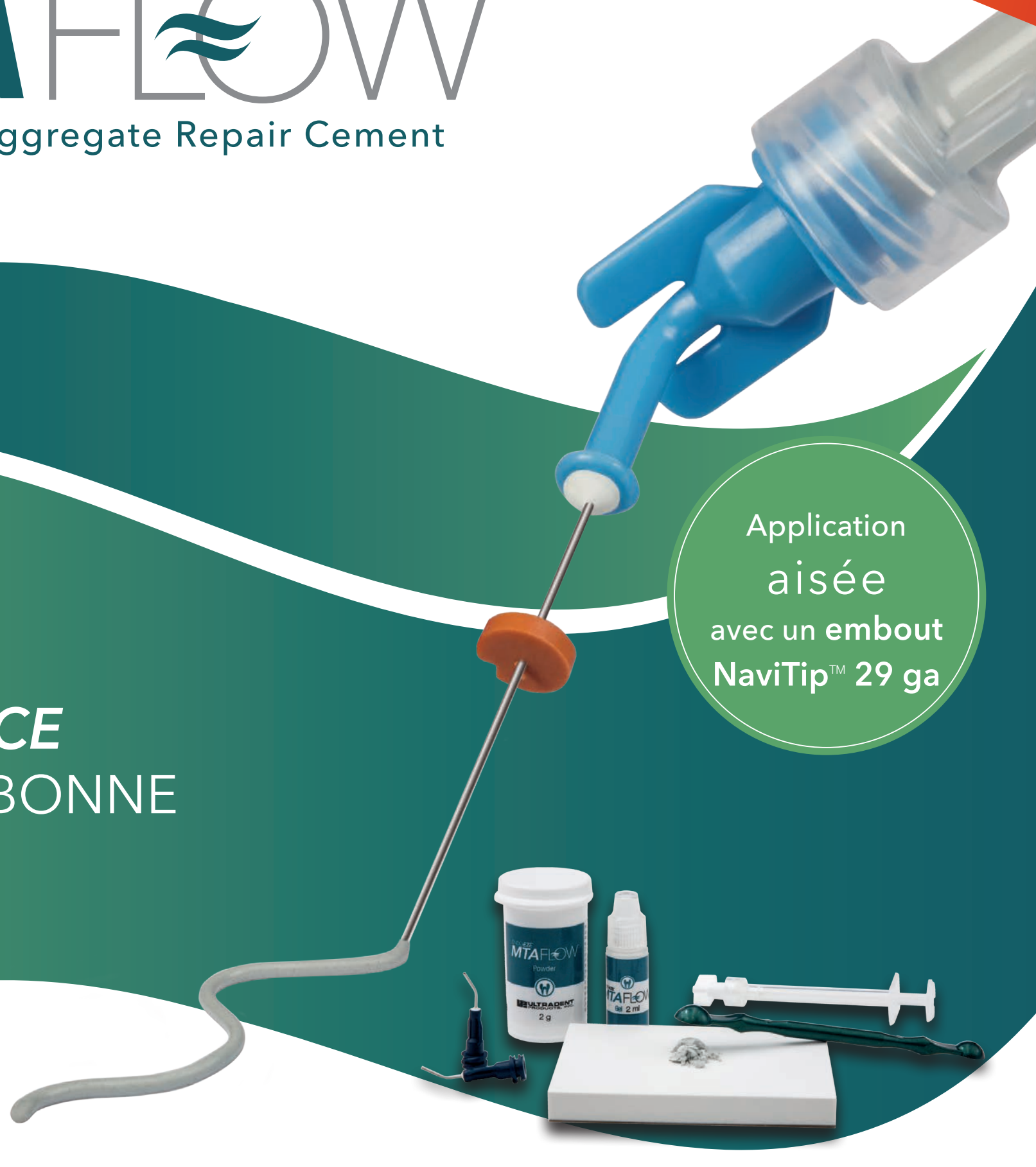
J'ai acheté une brosse à dents électrique et je brosse désormais les dents de mes enfants. Avant, ils le faisaient eux-mêmes. Je pensais qu'ils étaient capables de le faire, mais il est probable que parfois, ils oubliaient de le faire. Le brossage et la réduction des sucreries ont amélioré la dentition de mes trois enfants. Les petites cavités ont durci et ne sont quasi plus visibles.»

ULTRADENT PRODUCTS, INC

ENDO-EZE™

MTA FLOW™

Mineral Trioxide Aggregate Repair Cement

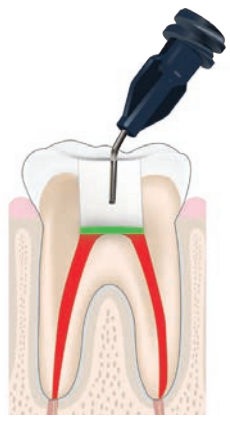


Application
aisée
avec un **embout**
NaviTip™ 29 ga

LA BONNE CONSISTANCE
DE POUR LA BONNE PROCÉDURE

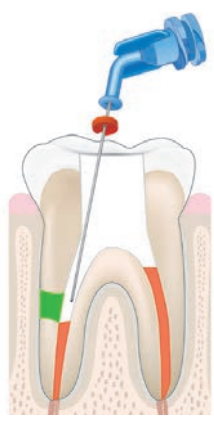
COIFFAGE PULPAIRE

PULPOTOMIE

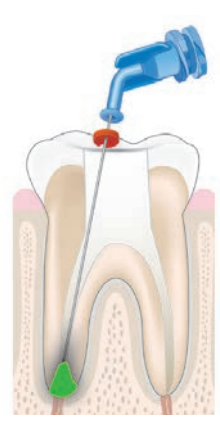


PERFORATION DE LA CHAMBRE PULPAIRE

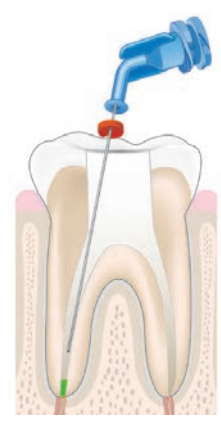
RÉSORPTION



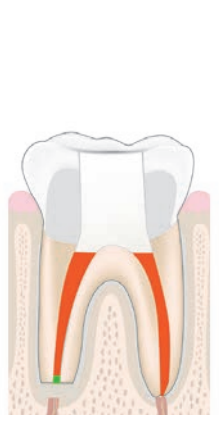
APEXIFICATION



BOUCHON APICAL



RÉSECTION APICALE



© 2020 Ultradent Products, Inc. All Rights Reserved.

ULTRADENT.COM/EU

Suite de la page 4

souvent tout en une fois. Nous voulons avoir entièrement réparé les caries de l'enfant en quelques mois, mais la carie est un processus. Vous devez avoir des trésors de patience pour changer les habitudes et arrêter le processus. Cela peut durer des années. De plus, il est essentiel de garder les pieds sur terre. Réfléchissez à ce qui est faisable en un court laps de temps. Un enfant qui boit trois fois par nuit un biberon de jus ne pourra pas s'en passer du jour au lendemain. Le passage de trois biberons à un seul est par contre plus envisageable. Fixez de petits objectifs et discutez de ce qui est réalisable. La première étape est la plus difficile. Si cela fonctionne, la confiance en eux des parents et des enfants sera boostée et ils seront alors suffisamment motivés pour persévérer.
Nous devons aussi trouver de meilleurs mots pour décrire ce que nous faisons, par exemple: évaluation (ensemble) au lieu de contrôle (prestataire de soins); training (actif) au lieu de habitude (passif); accompagnement (engagement) au lieu d'instruction (mission).

Tous les dentistes ne souhaitent pas utiliser cette méthode de traitement. Pourquoi?
Nous avons appris pendant nos études que la carie peut être traitée avec des restaurations. Les moyens techniques plutôt que la communication. Malheureusement, les honoraires sont ajustés en conséquence. Je pense que les études doivent accorder plus d'attention à l'effet de la communication. C'est bien de pouvoir exécuter rapidement des traitements techniques, mais vous devez tout de même pouvoir et vouloir abandonner des soins inefficaces et vous lancer dans la communication. Bien entendu, mon revenu est moindre parce que je fais moins de restaurations. C'est aussi pour cette raison que ce n'est pas une approche très prisée. Malgré tout, je constate que dans les soins dentaires gériatriques cela se fait déjà beaucoup, dans le but d'améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

Les critiques portant sur les dentistes en faveur des méthodes de traitement préventives les qualifient souvent de « prestataires éviteurs de soins». Qu'en pensez-vous?
C'est faux! La cause de la carie – le comportement – est le problème et la cavité le symptôme. En traitant de façon restauratrice, vous guérissez temporairement les symptômes, mais pas la cause. L'approche causale fait preuve d'humilité dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Bien entendu, je vais restaurer si c'est efficace, seulement je commence par m'attaquer à la cause.

Quel est votre cas le plus poignant?
J'ai reçu un petit garçon de deux ans et huit mois qui était en train de hurler devant la porte de la salle d'attente. Il avait mal et ne se laissait plus brosser des dents depuis près d'un an. Sa dentition était fortement abîmée et toutes les dents de lait étaient sensibles. Il buvait principalement de la limonade et du lait et mangeait beaucoup de bonbons. J'ai commencé par parler avec les parents. Au début, ils n'arrivaient pas à changer quoi que ce soit. Ils me disaient d'arracher toutes les dents de lait. Si je le fais, je n'améliore pas le comportement des parents. Quand j'ai pu mieux examiner l'enfant, la situation est apparue comme moins dramatique que prévu. Il y avait des lésions importantes, mais la plupart étaient guérissables. J'ai proposé de diminuer la sensibilité à l'aide de fluorure diamine d'argent et d'une fine couche de matériel de restauration. Il s'est avéré qu'un traitement sous anesthésie n'était pas nécessaire. Quand les parents ont compris qu'il y avait encore moyen de faire quelque chose, ils ont changé leurs habitudes et cela a marché.

Dans cette édition de *Dental Tribune* vous soignez aussi un cas clinique (pages 7-8). Quel message voulez-vous faire passer avec ce cas?
Je veux en tout premier lieu montrer qu'il est possible d'impliquer les parents pour de meilleurs soins bucco-dentaires, même s'il semble en être autrement en première instance. De petits changements font déjà des merveilles. La patience est primordiale. Pendant un contrôle (évaluation), il est par exemple bien de faire asseoir les parents à côté de vous. Vous regardez ensemble dans la bouche de l'enfant et vous discutez sans porter de jugement de valeur. J'essaie de faire partager les constats avec les parents. Quand j'effectue un traitement restaurateur, je fais souvent attendre les parents dans la salle d'attente. Les enfants à partir de l'âge de 4-5 ans sont alors généralement plus coopératifs. De plus, dans ce cas, j'ai montré deux prises en charge. La première, le traitement invasif a été contre-productif: la fillette en question est devenue plus anxieuse qu'elle ne l'était auparavant. Avec la seconde, la méthode communicative, l'intervention sur l'enfant était moins lourde et les lésions carieuses sont devenues inactives. En résumé, il faut déterminer ce qui est nécessaire pour l'enfant. ■

PUBLICITÉ

CEREC Primemill
Excellence made easy.

The new CEREC Primemill is uniquely equipped for superior chairside dentistry. Our fastest milling unit ever, it's also the easiest to use and compatible with the widest range of materials. Above all, it empowers dentists to deliver consistently excellent treatment for multiple indications.

The CEREC Primemill seamlessly combines with the highly accurate CEREC Primescan and new CEREC Software 5 to redefine performance in daily practice. Join us at your local CEREC event and test it yourself.

The all-new CEREC. **Now is the time.**

Learn more at: dentsplysirona.com/cerecprimemill

THE DENTAL SOLUTIONS COMPANY™

Dentsply Sirona

Les soins bucco-dentaires pour les jeunes: place aux early adopters!

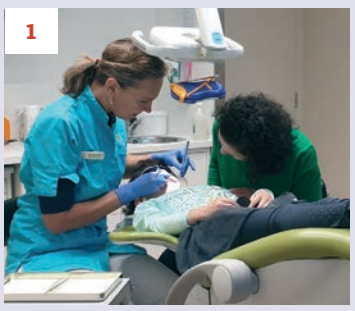
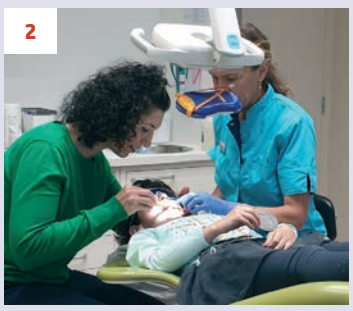
Aux Pays-Bas, en avril 2010, le Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (Conseil de la santé publique et des soins) a publié le document de travail «Zorg voor je gezondheid!» (Prends soin de ta santé!). Ce document plaide en faveur d'une évolution des notions de soins et maladie vers les notions de comportement et santé. Chez les politiques à La Haye, on entend dire presque chaque jour que la prévention est la bouée de sauvetage des soins de santé. La médecine dentaire pour les jeunes, comme faisant partie (presque) uniquement des soins remboursés, pourrait ici revêtir une fonction d'exemple. En effet, nous disposons des connaissances pour garder les dents saines, nous disposons des traitements préventifs et le récent changement de paradigme de la restauration vers la gestion des caries est de plus en plus scientifiquement fondé et gagne en popularité. La gestion des caries offre de nombreux avantages: les patients apprennent à prendre leurs responsabilités pour leur santé bucco-dentaire (et celle de leurs enfants) et les traitements deviennent beaucoup moins invasifs. Ce dernier point tire son origine dans la recherche qui a montré que ce ne sont pas les micro-organismes dans le tissu carieux, mais la plaque dentaire sur le tissu carieux qui est la force motrice du processus carieux. Il suffit d'éliminer la plaque de la lésion carieuse pour stopper le processus carieux. Tous les autres traitements masquent l'activité carieuse et ne vont pas diminuer le risque de carie. On peut dès lors en toute légitimité se demander quel est le but de la médecine dentaire (pédiatrique): avoir des enfants aux caries actives avec de nombreux comblements et de nombreuses extractions ou avoir des enfants aux caries inactives qui prennent bien soin de leurs dents? Comme lors de tout changement de paradigme, il y a des early adopters (des adeptes de la première heure), des quartermasters (des meneurs), et des (very) late adopters (des adeptes de la dernière et de la toute dernière heure) qui s'appuient sur les certitudes incorrectes apprises pendant les études. Les adeptes de la première heure peuvent prendre une voie qui, au départ, ne donne pas le résultat escompté, mais apprennent de leurs erreurs, rectifient et n'abandonnent pas avant que leur but ne soit atteint. Dans cette série, nous voulons donner la parole à ces adeptes de la première heure qui voient dans la gestion de la carie un objectif plus élevé que dans la restauration routinière. Ils parleront de leur approche dans la pratique. Nous vous souhaitons une excellente lecture, mais aussi beaucoup de matières à réflexion, assimilation et adoption. Vous êtes un early adopter, cette initiative vous parle et vous voulez partager un cas avec vos confrères? Faites-vous connaître auprès des promoteurs et/ou de la rédaction de Dental Tribune via redactie@dental-tribune.nl. La contribution demandée concerne principalement la casuistique (600-700 mots) et des illustrations à l'appui.

Cor van Loveren
James Huddleston Slater sr.
Jo Frencken
René Gruythuysen

Traitement des dents (de lait): priorisation de la thérapie causale

Introduction générale
Qui dit thérapie causale dit soins ciblés. Les caries sont une maladie comportementale. La pratique (confirmée par la recherche) nous a appris que la prise en charge d'une maladie comportementale avec des moyens techniques ne donne pas de résultats satisfaisants. On ignore encore en partie quel peut être l'apport de la priorisation du traitement étiologique chez les enfants à partir du premier contact. Tout l'art consiste à donner confiance en eux aux parents pour les soins dentaires de leurs enfants. Ce n'est pas facile, mais c'est tout à fait possible, même chez des enfants multicariés de familles à statut socio-économique bas.
Bien évidemment, ce processus est constitué d'essais et erreurs. C'est toutefois une expérience particulière de voir comment les parents prennent les choses en main par petites étapes, sous la supervision d'un prestataire de soins bucco-dentaires. Les enfants ne sont, de ce fait, plus que rarement encore exposés aux risques d'interventions pharmacologiques et, notamment, à un traitement sous anesthésie générale. Certes, outre le traitement causal comme soins de base, il est régulièrement nécessaire d'intervenir quand la prise en charge causale n'est pas suffisante, sans prendre de risques inacceptables. La préférence est dès lors accordée aux traitements les moins dommageables possibles pour le patient. Dans le domaine des soins bucco-dentaires pédiatriques, les traitements adaptés aux enfants comme le traitement restaurateur atraumatique (TRA) et les couronnes pédiatriques préformées métalliques (technique de Hall), sont préférés au traitement restaurateur traditionnel. En cas de lésions carieuses profondes, un coiffage indirect au lieu d'une pulpotomie peut suffire dans 95 % des cas.
Tout l'art est, et reste toutefois, de limiter les soins symptomatiques au profit de l'approche causale. Ce qui exige de grandes compétences en matière de communication et bon nombre de dentistes et d'hygiénistes bucco-dentaires auront besoin d'une formation permanente et continue dans ce domaine. De plus, c'est une question de training à long terme, pour remplacer des habitudes solidement ancrées par une forme efficace de communication. Plus nombreux seront les confrères qui suivent cette voie, plus grande deviendra la pression sur les autorités publiques et les caisses d'assurance maladie pour fixer des honoraires adéquats pour les soins ciblés. La casuistique permet de montrer comment la priorisation du traitement étiologique peut faire la différence dans la promotion de la santé bucco-dentaire, comme on l'a vu aussi lors du récent congrès (novembre 2019) de l'Ivoren Kruis (l'équivalent de la société de médecine Dentaire belge aux Pays-Bas), *Voorkomen is de beste zorg* (La prévention est la meilleure prise en charge).

(Source: Palenstein Helderman WH van, Gruythuysen RJ, Bruers JJ, Strijp AJ van, Loveren C van. Een omslag in cariësbehandeling bij kinderen: 'Gewoon Gaaf'. Ned Tijdschr Tandheelkd 2015;122:132-8 / Richtlijn Mondzorg voor jeugdigen, KNMT, 2012)

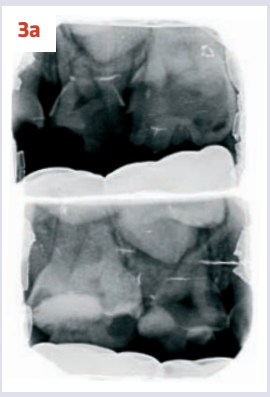
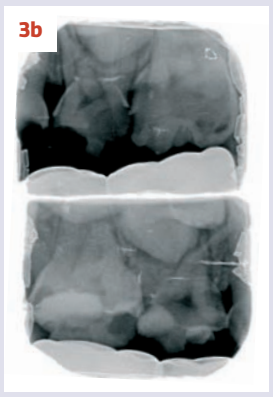
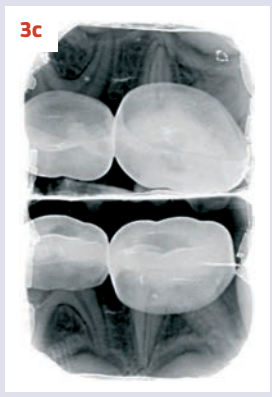
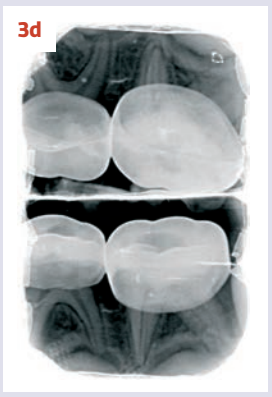





Fig. 1&2: Lors de l'inspection de la bouche et du planning de traitement, laissez les parents s'asseoir sur la chaise de l'assistant(e) et impliquez-les dans le plan de soins.
Fig. 3a-d: Radiographies à l'âge de 6 ans, juillet 2018.
Fig. 4a&4b: Photos couleur à l'âge de 6 ans, juillet 2018. Toutes les lésions carieuses de la mâchoire supérieure sont arrêtés, dans les 55, 64 et 65, avec l'aide du fluorure diamine d'argent. Les lésions qui ont été arrêtées pendant l'application n'ont pas décoloré.

Étude de cas: Priorisation du traitement causal lors de *severe early childhood caries* (caries sévères de la petite enfance)

TEXTE ET PHOTOS: LINA JASULAYTITE, DENTISTE PÉDODONTOLOGUE AUPRÈS DE JEUGDTANDZORG WEST (LA HAYE, PAYS-BAS)

Prise en charge, septembre 2015
Jenny, une petite fille marocaine de trois ans et demi, est référée à un dentiste pédodontiste en raison d'une dentition très carieuse, de douleurs lors de la consommation de sucreries et d'une très mauvaise coopération. Tout bébé, ses parents lui donnaient un biberon de liquide sucré pour aller au lit, en raison d'une allergie aux produits laitiers. Plus grande, ses parents la gavent de berlingots de jus et de bonbons. Jenny est une petite fille débordante d'énergie dotée d'un caractère fort. Elle sait très bien manipuler ses parents et obtient toujours ce qu'elle veut. Se brosser les dents est à chaque fois un véritable combat, elle s'y est toujours opposée. La maman a bien essayé de persévérer, mais cela n'a pas fonctionné; sa grossesse rendant les choses encore plus difficiles. L'examen de la bouche n'a été possible qu'avec l'aide des parents. Diagnostic: importantes lésions carieuses à quasi toutes les dents de lait.

À savoir
Quand vous devez prendre en charge un enfant angoissé, laissez-le d'abord jouer et établissez le contact avec les parents. Cela permet à l'enfant de se «dégeler». Soyez attentif(-ve) aux problèmes sous-jacents (incertitude quant au permis de séjour, charge supplémentaire en raison d'une grossesse, etc.), ainsi qu'à la raison invoquée par les parents. Recourez à l'entretien motivationnel et réfléchissez à ce qui peut être modifié.
Les parents de Jenny ont choisi de diminuer les boissons sucrées et de persévérer avec le brossage des dents.

Septembre – décembre 2015
Le traitement a débuté avec trois rendez-vous mensuels successifs pour l'entraînement au brossage des dents. Lors du brossage, par les parents sur le fauteuil du dentiste, Jenny résistait violemment, hurlait de colère, donnait des coups de pied et jetait tout ce qui lui tombait sous la main. Après, elle exigeait à chaque fois deux cadeaux. Si elle n'obtenait pas ce qu'elle voulait, elle se fâchait. À force de persévérance, d'instauration de limites claires et de beaucoup de patience, elle a progressé petit à petit vers un comportement coopératif. Il a été conseillé d'utiliser à la maison le dentifrice Junior (1.450 ppm de fluor) à cause des lésions carieuses actives.

À savoir
Si l'enfant n'a pas mal, on commencera le training des parents et de l'enfant, en matière de gestion de la plaque dentaire (Ekstrand, 2005). L'entraînement au brossage sur le fauteuil du dentiste permet à l'enfant de se familiariser avec la situation de soins dentaires. Confier le brossage à un parent est moins angoissant. Les parents jouent le rôle de praticiens. Ils apprennent à brosser plus efficacement avec leur enfant. Le dentiste est assis sur la chaise de l'assistant(e), ce qui donne un signal non verbal que le parent est le praticien le plus important (Van Palenstein, 2015).

Décembre 2015 – juin 2016
Après la naissance du petit frère, l'obéissance et le brossage ont empiré à la maison. En accord avec les parents, il a été décidé de restaurer les 84 et 85 fortement atteintes, avec des couronnes en inox. On y est arrivé avec beaucoup de difficul-

Lire la suite en page 8

Suite de la page 7

tés et l'aide du papa, et Jenny était très en colère contre lui. Par la suite, Jenny ne s'est pas présentée pendant 4 mois et elle n'est revenue que lorsqu'elle a commencé à souffrir de la 55 et de la 54 quand elle mangeait. Les symptômes indiquaient une pulpite réversible. Les grandes cavités actives de la 54 et de la 55 ont été fermées après brossage, à l'aide d'une fine couche de ciment verre ionomère modifié par adjonction de résine (CVIMAR), afin de freiner le processus carieux. Les cavités ont été rincées et séchées à l'aide de petites boules de coton. Le traitement s'est effectué très difficilement. Le père a apporté son aide, mais Jenny est restée en colère. Au cours de la troisième séance de traitement, les 74 et 75 atteintes de lésions carieuses profondes ont été restaurées avec des couronnes en inox. Le comportement n'a pas changé. Elle ne s'est à nouveau pas présentée pour le traitement des 64 et 65.

À savoir

Si le processus carieux ne s'arrête pas après la période de training malgré les efforts des parents et l'utilisation d'un dentifrice avec un taux de fluor plus élevé et s'il existe un trop grand risque de douleur ou d'inflammation, il sera décidé de restaurer de façon mini-invasive (Gruythuysen, 2012).

La restauration de dents multi-cavitaires avec des couronnes en inox/préformées (technique de Hall) est plus facile pour l'enfant qu'avec du composite, et donne de meilleurs résultats à long terme *(Santamaria et al, 2018)*. L'inconvénient de la restauration est qu'elle masque l'activité carieuse (Gruythuysen, 2018).

Novembre 2017

Jenny n'a été revue qu'après un an et demi. Sa mère lui brossait les dents, mais parfois elle n'y arrivait pas. Les dents étaient mal brossées. Jenny buvait et mangeait toujours des berlingots de jus et beaucoup de chips. Après deux rendez-vous de training de brossage, des entretiens motivationnels avec les parents portant sur la santé bucco-dentaire de Jenny à l'avenir et la formulation de conseils d'éducation (récompenser les bons comportements, ignorer les comportements négatifs; poser des limites; établir des accords clairs sur la consommation de jus et de chips), il y a eu un revirement comportemental: les parents ont décidé de poursuivre plus efficacement le combat pour la santé bucco-dentaire de leur fille. Le brossage s'est considérablement amélioré, ils ont arrêté les boissons sucrées et ont imposé des limites claires aux exigences de Jenny. Les parents ont expliqué que grâce à cette approche Jenny est devenue plus calme et plus heureuse à la maison et ils étaient reconnaissants pour le soutien reçu. Lors des rendez-vous de contrôle et de training suivants début 2018, le nombre de lésions carieuses actives avait fortement diminué. Du fluorure diamine d'argent a été appliqué sur les zones encore actives des 64/65 et 54/55. Depuis, les lésions carieuses sont inactives. Jenny est venue tous les 2-3 mois pour contrôle et pour s'entraîner. La collaboration lors du brossage des dents de Jenny était variable. À chaque visite, la plaque dentaire était colorée (ce que Jenny ne trouvait pas du tout amusant) et les parents conseillés sur les points à améliorer. Ils ont privilégié le traitement non restaurateur des cavités pour les molaires supérieures. Depuis l'application d'une fine couche de ciment verre ionomère en 2016, Jenny n'a plus souffert des 55 et 54.

À savoir

Le changement de comportement ne s'est pas produit de façon linéaire. Il est important en cas de rechute de continuer l'entretien motivationnel et de ne pas laisser tomber.

Le fluorure diamine d'argent peut aider à stabiliser des caries actives de la dentine.

Juillet 2018

Jenny a 6 ans. Des radiographies et des photos couleur sont réalisées (figures 3 et 4). Sur les radiographies, les molaires supérieures semblent sévèrement atteintes, mais elles sont dures et inactives. Les molaires supérieures non restaurées et les couronnes avec des molaires inférieures restaurées ne présentent aucune trace d'inflammation. Jenny est revenue pour un examen de la bouche tous les 4-6 mois.

À savoir

Pour la radiographie, on a utilisé une plaque de phosphore taille 0 coupée en deux. La taille 0 est trop grande pour de nombreux jeunes enfants et difficile à accepter.

Juillet 2019

Jenny a 7 ans. Les premières molaires définitives ont percé, le ciment verre ionomère de la 55 présente des traces d'usure, mais la lésion est facilement accessible pour la brosse à dents. La maman a appris à brosser en diagonale toutes les molaires supérieures, et les molaires inférieures en train de percer (figure 6). Jenny veut de plus belles dents à la mâchoire supérieure, mais elle choisit le monitoring plutôt que la restauration. En raison des lésions carieuses inactives, il n'est pas nécessaire de procéder à une restauration. Les sillons des molaires supérieures définitives sont parfaits et dans les molaires inférieures il y a des sillons sans tartre. C'est la raison pour laquelle un vernis fluoré a été appliqué et le suivi préventif avec coloration de la plaque dentaire poursuivi.

Septembre 2019

Les lésions carieuses dans les molaires de lait sont toujours inactives et la dentine est dure et brillante. La maman y accorde une grande attention. Les molaires définitives ont désormais percé et les sillons sont beaux. La 16 et la 26 ne sont pas cariées, la 36 et la 46 ont des sillons carieux très profonds, difficiles à nettoyer et ont été scellées avec beaucoup de difficulté avec du ciment verre ionomère modifié par adjonction de résine (CVIMAR). La technique Dire-Montrer-Faire, la modélisation de la procédure et une explication calme ont aidé. Aucun scellant n'est nécessaire dans la mâchoire supérieure. Jenny s'oppose à l'application de fluorure. Conseil: à la maison ne pas rincer après le brossage.

À savoir

Depuis la prise en charge il y a 4 ans, il n'y a pas de différence entre le résultat du traitement restaurateur des molaires inférieures et celui du traitement non restaurateur des molaires supérieures. Le processus carieux a été stoppé dans toutes les molaires sans douleur et/ou sans inflammation. L'enfant est bien moins accablée et accepte mieux le traitement s'il est non restaurateur, et le suivi des parents pour améliorer les soins dentaires. Référer pour un traitement sous anesthésie n'était pas nécessaire.

L'auteur

L. (Lina) Jasulaityte est dentiste pédodontologue. Elle a obtenu en Lituanie son diplôme de dentiste en 1996 et son diplôme de dentiste pédiatre un an plus tard. En 2007, elle a obtenu son Master en pédodontologie aux Pays-Bas. Elle travaille depuis 2008 chez Jeugdtandzorg West à La Haye, et traite de très jeunes enfants ayant de nombreuses caries et provenant de milieux problématiques complexes. Elle consacre la plus grande partie de son travail à la motivation et au suivi des parents et des enfants. ■

Fig. 5a&b: Photos couleur à l'âge de 7 ans, juillet 2019. Toutes les lésions carieuses dans la mâchoire supérieure sont stoppées, dures et brillantes, facilement accessibles pour le brossage. L'hygiène bucco-dentaire est bonne. Les premières molaires définitives sont en train de percer.
Fig. 6: Brossage en diagonale sur l'arc dentaire des molaires définitives qui percent chez un autre patient.
Fig. 7: Les premières molaires définitives dans la mâchoire inférieure avec des sillons complexes détartrés très profonds. Ici, le scellement est indiqué.

Le pouvoir de la douceur

La brosse à dents électrique GUM® PowerCARE™ est conçue par l'expert en santé des gencives et est une brosse à dents oscillo-rotative exceptionnellement souple qui allie efficacité et douceur.

Elle est particulièrement adaptée pour les personnes ayant des besoins spécifiques ou des problèmes bucco-dentaires comme la gingivite, la parodontite ou l'hypersensibilité dentinaire.

Points forts:

✓ **Efficacité supérieure prouvée***: Ses brins ultra-fins pénètrent plus profondément entre les dents et dans le sillon gingival afin de fournir un contrôle intensif de la plaque.

✓ **Respect des gencives et de l'émail**

✓ **Timer de 2 minutes:** Pulse toutes les 30 secondes

✓ **Capteur de pression:** Signal lumineux lorsque vous exercez une pression trop forte

✓ **2 modes de brossage:** Standard et Sensitive

✓ **Batterie longue durée:** 10 jours d'autonomie

✓ Manche ergonomique anti-dérapant pour une tenue **agréable & confortable**

Produits de GUM

https://professional.sunstargum.com/fr/nos-produits-et-solutions/brosses-a-dents/brosse-a-dents-electrique-gum-powercare.html

* Yankell, Spirgel, Shi, Watcharotone, Cwik. American Journal of Dentistry, vol 32, No 2, april 2019

Références

1. Advies Preventie fissuurcariës. Ivoren Kruis, 2012.
2. Ekstrand KR, Christiansen ME. Outcomes of a non-operative caries treatment programme for children and adolescents. Caries Res 2005;39(6):455-67.
3. Gruythuysen RJM. Niet-Restauratieve Caviteitsbehandeling. Houten: Accredidact, 2012.
4. Gruythuysen R. Kindvriendelijke mondzorg. Houten: Accredidact, 2018/4.
5. van Palenstein Helderman WH, Gruythuysen RJ, Bruers JJ, van Strijp AJ, van Loveren C. Een omslag in cariësbehandeling bij kinderen: 'Gewoon Gaaf'. Ned Tijdschr Tandheelkd 2015;122(3):132-8.
6. Santamaría RM, Innes NPT, Machiulskiene V, Schmoeckel J, Alkilzy M, Splieth CH. Alternative Caries Management Options for Primary Molars: 2.5-Year Outcomes of a Randomised Clinical Trial. Caries Res 2018;51(6):605-14.

Des soins bucco-dentaires adaptés aux enfants

TEXTE: RENÉ GRUYTHUYSEN

La couronne pédiatrique préformée métallique, technique de Hall

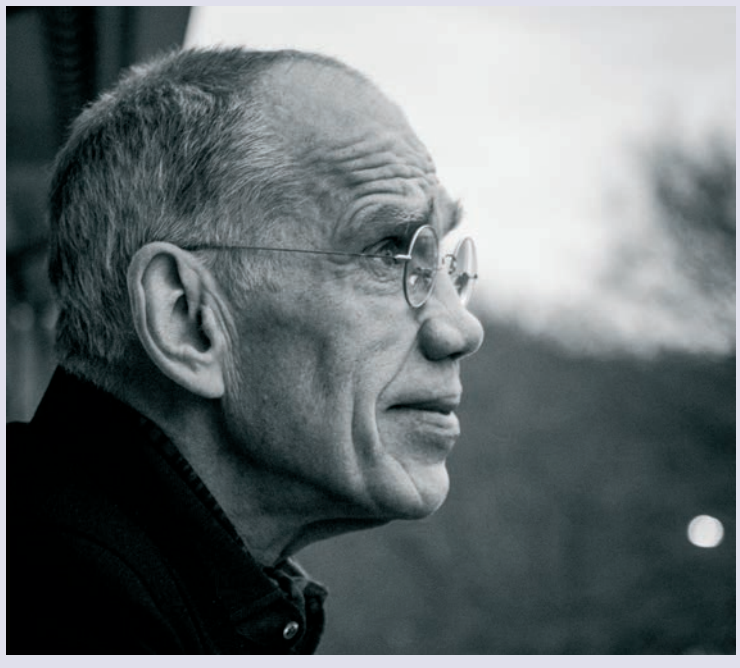
Nous vous proposons un extrait de l'ouvrage de référence *Kindvriendelijke mondzorg (Soins bucco-dentaires adaptés aux enfants)*, de la collection AccreDidactprogramma, écrit par René Gruythuysen, paru en décembre 2018 (uniquement en néerlandais). Comme les soins bucco-dentaires pour les enfants sont repris dans l'assurance de base, il est important de faire la distinction entre ce qui est remboursé et ce qui est vraiment nécessaire pour l'enfant. Dans les soins bucco-dentaires aussi, selon l'auteur René Gruythuysen, l'intérêt de l'enfant est régulièrement subordonné à l'intérêt du prestataire de soins et des parents. Dans ce programme de formation continue et dans le livret d'accompagnement, la philosophie des soins bucco-dentaires adaptés aux enfants est appliquée aux traitements couramment utilisés et souhaitables pour les jeunes patients.

Introduction

La couronne pédiatrique selon la technique de Hall est une couronne préformée en nickel-chrome qui est placée sur la dentition de lait sans meulage. Cette méthode a été conçue dans les années 1990 par la praticienne généraliste écossaise Norna Hall. Par la suite, les conclusions de l'évaluation clinique scientifique l'ont conduite à être reprise dans le *Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme* (SDCEP). Son fondement est basé sur les excellents résultats de l'étude clinique. L'objectif de la technique de Hall est le scellement de la lésion carieuse et la protection offerte par la couronne, contre l'apparition de nouvelles lésions carieuses. C'est un traitement des caries adapté aux enfants ne nécessitant aucune anesthésie, pas même une anesthésie locale. Il est généralement bien accepté par l'enfant.[1] La couronne préformée selon la technique de Hall a une bonne durée de vie. Son inconvénient est qu'il s'agit d'un traitement symptomatique, qui masque le problème de carie. Les couronnes provoquent aussi

Les soins bucco-dentaires adaptés aux enfants d'après René Gruythuysen

Les soins bucco-dentaires adaptés aux enfants sont le traitement qui est le moins lourd pour les jeunes patients du point de vue physique et mental et les encourage à améliorer leur comportement bucco-dentaire. Cette approche est conforme à l'éthique, à la Jeugdwet (loi sur la jeunesse aux Pays-Bas) et au profil du dentiste. Dans la pratique, elle consiste à prendre en charge la cause. Freiner ou stopper l'activité carieuse par un nettoyage adéquat avec un dentifrice au fluor est la base de ce traitement causal de la carie. Il est évident que veiller à un équilibre alimentaire correct est également déterminant pour une bouche saine. (Extrait de: Gruythuysen RJM. Kindvriendelijke mondzorg. AccreDidact, 2018-4: Houten, p. 10)



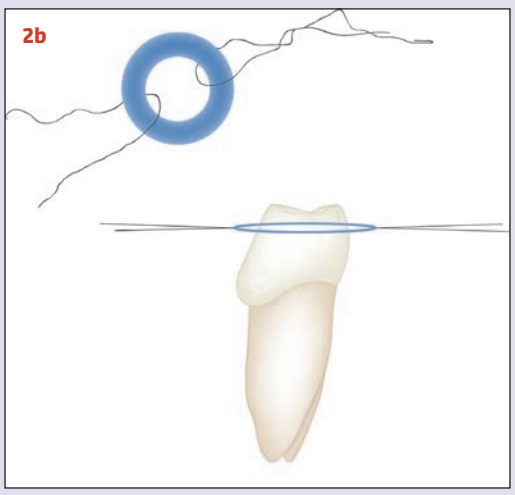


Fig. 1
Couronnes selon la technique de Hall posées il y a quatre ans sur les molaires de lait.
(PHOTO: THIERRY BOULANGER)

Fig. 2a&b
a. Utilisez une sonde de profondeur des poches pour déterminer la dimension mésiodistale de la couronne.
b. Pour poser des anneaux de séparation on peut aussi utiliser du fil dentaire.

Fig. 3a&b
Lors du montage de la couronne préformée, il faut éviter que la plus grande circonférence (la ligne de mesure) ne soit dépassée, ce qui pose problème lors du retrait.

Fig. 4a-c
a. Faire mordre juste après le placement de la couronne. Les résidus de ciment doivent encore être enlevés.
b. Lors de la visite suivante, six semaines plus tard, l'occlusion est rétablie.
c. Vue latérale de l'occlusion rétablie.
(PHOTOS: THIERRY BOULANGER)

Lire la suite en page 10