

Pédodontie

En 2005, la SSO a publié la deuxième édition revue des directives de qualité en médecine dentaire. Depuis lors, un certain nombre de changements sont déjà intervenus en raison de l'accroissement exponentiel des connaissances en médecine dentaire. En conséquence, les techniques, les matériaux et parfois même les concepts thérapeutiques sont sujets à modifications. Pour que le praticien privé puisse garder une vue d'ensemble sur cette évolution, les associations professionnelles concernées et les quatre centres universitaires de médecine dentaire nous présentent les normes de qualité actuellement en vigueur.

1. Principes de base des critères d'évaluation

Toute la pédodontie doit être d'un niveau de qualité tel que les résultats se doivent d'être d'emblée bons à très bons. Il faut toutefois informer aussi bien le patient que ses parents que le succès d'un traitement ne peut pas être garanti dans tous les cas.

L'introduction de critères de qualité dans le domaine de la médecine dentaire destinée aux enfants ne constitue qu'une partie de la gestion de la qualité. Diverses institutions doivent s'y associer; il en est ainsi des services dentaires scolaires et des soins dentaires aux enfants et adolescents (avec les obligations légales qu'ils comportent), des instituts de formation des médecins-dentistes, des cabinets dentaires (omnipraticiens et ceux prodiguant spécialement des soins aux enfants), des hôpitaux pédiatriques, des jardins d'enfants, des écoles et, bien évidemment, des parents qu'il ne faut en aucun cas laisser de côté.

La carie ainsi que les problèmes du parodonte et de la cavité buccale risquent d'entraver le développement de l'enfant lorsqu'ils ne sont pas traités. Un enfant qui a mal aux dents, qui est atteint d'infections des dents ou des muqueuses buccales et dont la fonction de mastication est troublée est un «dentally handicapped patient»; par conséquent, il a certainement besoin d'un traitement dentaire et d'un suivi prophylactique subséquent, ainsi que d'une orientation et d'une information dans le domaine de l'alimentation. Lorsque de nombreuses dents doivent être extraites en raison d'un traitement dentaire devenu indispensable, une alimentation appropriée revêt une grande importance pour l'en-

fant, aussi bien du point de vue de son bilan énergétique que pour garantir la poursuite de sa croissance et pour assurer un développement physique et psychique harmonieux. Sinon, une fois parvenu à l'âge adulte, de telles déficiences ne manqueraient pas d'entraîner des insuffisances dans les domaines de l'apprentissage, du travail et de la communication. Il résulte de ces considérations que les situations d'urgence dues à la carie et les infections doivent être réduites au minimum.

Pour de nombreux praticiens, l'enfant en tant que patient traité en urgence représente un «défi particulier», dans la plupart des cas dans le sens péjoratif du terme. *Les urgences résultant d'un traumatisme sont bien entendu exemptes de cette considération, puisqu'elles surviennent de manière imprévue et ne peuvent pas être évitées.*

L'élément de loin le plus important en pédodontie est la prévention, notamment la gestion de la carie.

Dans sa définition la plus large, la pédodontie couvre tous les aspects de la médecine dentaire, y compris les traitements chirurgicaux ou la prise en charge de patients présentant des problèmes particuliers d'ordre médical. Toutefois, elle ne suit ces patients que pendant une période de vie limitée prenant fin à l'adolescence.

La carie représente sans nul doute le problème le plus important des soins dentaires aux enfants en bas âge, aux enfants et aux adolescents. Néanmoins, la transition de la dentition mixte à la denture permanente entraîne un changement fondamental du point de vue de l'occlusion, et la fin de la mise en place de la dentition permanente nécessite une prévention accrue des affections du parodonte.

C'est pour ces raisons que la **médecine dentaire consacrée aux enfants et aux adolescents** conditionne la santé bucco-dentaire pour toute leur vie et repose, pendant 16 ans environ, sur les six piliers suivants:

1. **Gestion de la prophylaxie et de la carie**
2. **Gestion des traumatismes**
3. **Gestion du parodonte**
4. **Gestion de l'occlusion**
5. **Prise en charge des patients**
6. **Gestion des rappels de contrôle**

Ces six domaines de gestion ont un seul but: que les patients abordent la vie adulte bien motivés, sans lésions carieuses actives, avec un parodonte sain et des arcades dentaires qui n'ont pas subi de lésions traumatiques ou, à défaut, des séquelles tardives aussi réduites que possible.

2. Critères d'évaluation des niveaux de qualité de A à C

	GESTION DE LA PRÉVENTION ET DE LA CARIE	GESTION DES TRAUMATISMES
A+	<p>Engagement en faveur d'informations prénatales institutionnalisées. Bonnes conditions dentaires et gingivales chez des enfants et des parents a priori difficiles à motiver, grâce à un excellent niveau d'information et d'instruction, mais également par une très bonne motivation de l'enfant et des parents lors de séances de recall adaptées individuellement.</p> <p>Satisfaction optimale des critères professionnels en matière des tissus dentaires durs, de la pulpe et des gencives.</p>	<p>Anamnèse des activités sportives et explications ciblées sur la prévention des traumatismes de la sphère faciale dues à la pratique du sport.</p> <p>Engagement personnel en faveur de l'organisation d'un service d'urgence destiné aux enfants, opérant 24 h sur 24.</p>
A	<p>Prévention précoce sous forme d'information par écrit et d'instruction des futurs parents.</p> <p>Suivi en collaboration avec les parents (lors de la prévention précoce) dès l'éruption des premières molaires de lait.</p> <p>Bonne hygiène buccale de l'enfant grâce à une bonne information et instruction des parents.</p> <p>Bonnes conditions dentaires et gingivales – même si la persévérance de l'enfant et des parents en matière de motivation n'est pas assurée à long terme –, grâce à un bon niveau d'information et d'instruction et également par l'offre de séances de recall adaptées individuellement.</p> <p>Elaboration et mise en œuvre de programmes de prévention (individuelle) spécifiques auprès des groupes reconnus à risque.</p> <p>Satisfaction des critères professionnels en matière des tissus dentaires durs, de la pulpe et des gencives, si nécessaire en acceptant des compromis quant à la collaboration, des frais et des désirs des patients.</p>	<p>Explications aux parents et à l'enfant du comportement adéquat à adopter en cas de traumatisme dentaire. Diagnostic clinique et radiologique immédiat aussitôt suivi d'un traitement des lésions dento-alvéolaires et des tissus mous (intrusion de corps étrangers).</p> <p>Diagnostic des fractures des maxillaires et, le cas échéant, transfert en clinique spécialisée.</p> <p>Contrôles subséquents adéquats et explications quant au pronostic, aux complications possibles et aux relations avec les assurances.</p>
B	<p>Prévention n'intervenant qu'après le premier traitement d'urgence.</p> <p>Hygiène buccale de l'enfant insuffisante, en raison d'une information, d'une instruction et d'une motivation incomplètes.</p> <p>Situation dentaire et gingivale compromise à long terme, en dépit de la possibilité de motiver l'enfant et les parents.</p> <p>Traitement des caries des dents de lait limité à la trépanation pulpaire ou à l'extraction.</p> <p>D'autres traitements d'urgence prévisibles.</p> <p>Occasion manquée de réduire par une intervention précoce l'étendue de la thérapie et de ses coûts en fonction de l'enfant et de sa collaboration.</p>	<p>Diagnostic clinique et radiologique tardif suivi d'un traitement différé des lésions dento-alvéolaires et des tissus mous (intrusion de corps étrangers), d'où pronostic fortement péjoré.</p> <p>Diagnostic incomplet des fractures des maxillaires.</p> <p>Refus des traitements post-traumatiques, mais organisation du transfert en clinique spécialisée, d'où retard dans le traitement et détérioration du pronostic.</p> <p>Pas de contrôles subséquents, pas d'explications ni du pronostic, ni des complications possibles, ni des aspects asséculoologiques.</p>
C	<p>Pas de prévention, même pas après le premier traitement d'urgence.</p> <p>Situation dentaire et gingivale négligée en raison du manque d'information, d'instruction et de motivation.</p> <p>Préjudices fonctionnels pour l'enfant.</p> <p>Les traitements se limitent à soulager les symptômes.</p> <p>Les traitements subséquents seront de plus grande ampleur.</p>	<p>Diagnostic clinique et radiologique trop tardif des lésions dento-alvéolaires et des tissus mous (intrusion de corps étrangers), d'où pronostic fortement péjoré.</p> <p>Pas de diagnostic des fractures des maxillaires.</p> <p>Refus des traitements post-traumatiques, sans organiser de rendez-vous dans un autre cabinet.</p>

	GESTION DU PARODONTE	GESTION DE L'OCCLUSION
A+	-	-
A	<p>Instruction en matière d'hygiène buccale avec motivation répétée de l'enfant et de ses parents.</p> <p>Diagnostic et traitement des problèmes parodontaux/gingivaux.</p> <p>Dépistage des signes oraux/périoraux indicateurs d'affections relevant de la médecine générale.</p> <p>Dépistage et, le cas échéant, élimination de facteurs locaux délétères pour le parodonte.</p> <p>Transfert au spécialiste en temps opportun.</p>	<p>Examen clinique adapté à l'âge du patient et dépistage des troubles du développement dento-alvéolaire et/ou occlusal ainsi que des perturbations du développement et de l'éruption des dents, avec instauration de la thérapie appropriée ou transfert à un spécialiste.</p> <p>Surveillance radiologique adéquate et en temps utile de l'éruption des dents.</p> <p>Correction des facteurs susceptibles de créer des problèmes de l'occlusion.</p> <p>Bonne planification des obturations et des extractions du point de vue de la gestion de l'occlusion.</p> <p>Pose de gardes-places après avulsion de dents de lait.</p>
B	<p>Traitement d'urgence uniquement, puis instruction en matière d'hygiène jusqu'à la guérison.</p> <p>Pas de dépistage des facteurs locaux délétères pour le parodonte ni des signes oraux/périoraux et de leurs causes relevant de la médecine générale.</p> <p>Pas d'anticipation de l'évolution possible.</p> <p>Transfert au spécialiste trop tardif.</p>	<p>Pas de surveillance régulière et par conséquent pas de dépistage en temps utile des troubles du développement dento-alvéolaire et/ou occlusal ni des perturbations du développement et de l'éruption des dents.</p> <p>Transfert à un spécialiste intervenant trop tard.</p> <p>Pas de surveillance radiologique en temps utile de l'éruption des dents.</p> <p>Restaurations ne tenant pas compte du développement de l'occlusion.</p> <p>Pas de pose de garde-places après avulsion de dents de lait, même si l'indication existe.</p>
C	<p>Traitement d'urgence uniquement.</p> <p>Pas d'instruction d'hygiène buccale, ni d'information.</p> <p>Pas de transfert au spécialiste.</p>	<p>Pas de surveillance et par conséquent pas de dépistage des troubles du développement et de l'éruption des dents, du fait que le traitement n'intervient qu'en cas de douleur (urgence), et par conséquent pas non plus de surveillance radiologique en temps utile de l'éruption des dents.</p> <p>Pas de transfert à un spécialiste.</p> <p>Traitement se limitant aux extractions uniquement en cas de symptômes et donc non planifiées.</p>

	PRISE EN CHARGE DES PATIENTS	GESTION DES RAPPELS DE CONTRÔLE
A+	<p>Approche et introduction extrêmement subtile de l'enfant dans l'environnement du cabinet dentaire; engagement en faveur de traitements dans des conditions normales, même chez les patients difficiles.</p> <p>Equipe soignante sympathique et organisation du cabinet adaptée pour les enfants.</p>	<p>Le cabinet/la clinique possède un système de rappels de contrôle adapté individuellement aux besoins de chaque patient.</p> <p>Envoi de rendez-vous de rappel individuels par l'administration du cabinet/de la clinique, en fonction des facteurs de risques évalués en accord avec les parents et en tenant compte des circonstances dentaires et gingivales ainsi que familiales.</p>
A	<p>Préparation soigneuse de l'enfant et des parents à chaque étape de traitement.</p> <p>Equipe soignante sympathique pour les enfants.</p> <p>Explications des risques et des effets secondaires possibles des traitements et des matériaux dentaires.</p> <p>Explications sur les conséquences en cas de non-traitement.</p> <p>Diagnostic des troubles du développement ou des affections relevant de la médecine générale, voire d'éventuels indices de maltraitance.</p> <p>Gestion parfaite de la douleur par le recours à l'anesthésie locale, à la sédation par protoxyde d'azote (gaz hilarant) ou à d'autres méthodes pour calmer l'enfant et pour assurer des traitements sans douleurs.</p> <p>Renvoi ciblé des enfants à problèmes pour traitement sous anesthésie générale.</p> <p>Le médecin-dentiste se maîtrise parfaitement, même dans les situations extrêmes.</p>	<p>Les rendez-vous de rappel de contrôle sont fixés d'un commun accord avec les parents, en fonction des facteurs de risques évalués et en tenant compte des circonstances tant dentaires que gingivales ainsi que familiales.</p> <p>Le patient/les parents doivent eux-mêmes prendre rendez-vous.</p> <p>Surveillance radiologique appropriée.</p>
B	<p>Informations insuffisantes sur les aspects relevant de la médecine légale.</p> <p>Préparation inadéquate de l'enfant et de ses parents aux traitements prévus.</p> <p>Gestion insuffisante de la douleur.</p> <p>Le médecin-dentiste parvient à son but thérapeutique en faisant preuve d'autorité, d'où traumatisme possible de l'enfant et irritation des parents.</p> <p>Le médecin-dentiste ne se contrôle pas toujours dans les situations extrêmes.</p>	<p>Les parents doivent s'annoncer pour un contrôle, mais aucune périodicité n'est fixée d'avance.</p> <p>Des séances d'obturation isolées sont dispensées à la suite des traitements d'urgence.</p> <p>Pas de surveillance radiologique appropriée.</p>
C	<p>Pas d'informations sur les aspects relevant de la médecine légale.</p> <p>Pas de préparation de l'enfant et de ses parents aux traitements prévus.</p> <p>Soins avec recours à la violence brachiale, d'où fort traumatisme de l'enfant.</p> <p>Le médecin-dentiste ne se contrôle plus du tout dans les situations extrêmes.</p> <p>Le médecin-dentiste refuse les traitements en urgence.</p>	<p>Pas de recommandations concernant la nécessité de contrôles périodiques réguliers.</p> <p>Seulement traitements d'urgence.</p>

3. Explications des critères d'évaluation

Gestion prévention et de la carie

La gestion de la carie commence dès la naissance et met à contribution surtout les parents. Ce sont eux qui sont responsables de la bonne santé dentaire de leurs enfants et qui peuvent ainsi éviter des interventions ou, à tout le moins, les réduire au minimum. Le centre de gravité de la relation parents/médecin-dentiste évolue en fonction de l'âge et de la maturité de l'enfant, au profit d'une relation directe enfant/médecin-dentiste.

Une gestion réussie de la carie comprend les éléments suivants:

1. Prévention précoce
2. Prophylaxie non invasive
3. Prévention semi-invasive
4. Traitement invasif

Prévention précoce

La prévention précoce commence en fait dès avant la naissance avec l'information et l'instruction des futurs parents; elle se poursuit régulièrement jusqu'à six mois après l'éruption des premières molaires de lait. L'intervalle des visites de contrôle de l'enfant est convenu avec les parents.

Les risques d'affection des dents et de la cavité buccale sont mis en évidence et analysés si nécessaire. Les mesures de prévention sont expliquées et justifiées, les habitudes existantes font l'objet d'une discussion. Le médecin-dentiste est formé de telle sorte qu'il puisse offrir aux parents des recommandations en matière d'alimentation sur la base des informations obtenues lors de l'analyse du comportement alimentaire familial.

Prophylaxie non invasive

Toutes les mesures de prophylaxie commencent par l'élimination de la plaque dentaire par le biais d'une bonne hygiène buccale.

L'efficacité des fluorures est incontestée, d'une part pour la prévention de la carie et, d'autre part, pour la reminéralisation des caries de l'émail.

Le médecin-dentiste connaît et respecte les directives sur la fluoration scientifiquement reconnues.

Il prescrit des compléments de fluorures en cas de carence en fluorures et de risque de carie élevé.

Prévention semi-invasive

Le scellement des fissures fait partie intégrante de la médecine dentaire préventive. Le médecin-dentiste en connaît les indications: choix du patient, sélection des dents et conditions cliniques préalables, ainsi que le procédé technique.

Traitement invasif

La décision de soigner une lésion carieuse chez un enfant dépend de son étendue, de sa localisation et de son degré d'activité, ainsi que de l'âge de l'enfant.

Les lésions de l'émail sont maintenues stationnaires pendant longtemps à l'aide de moyens préventifs, y compris le scellement des fissures et des fossettes. Un contrôle régulier est nécessaire.

Les caries de la dentine doivent être traitées.

Gestion des traumatismes

Les activités sportives de l'enfant doivent être évoquées lors des contrôles périodiques chez le médecin-dentiste. En effet, les accidents de jeu, de sport et de la circulation survenant pendant l'enfance et l'adolescence sont susceptibles d'avoir de très graves conséquences pour toute la denture. Pour ces raisons, la prévention des accidents dentaires constitue un secteur important de la pédodontie.

En fonction des activités sportives de l'enfant ou de l'adolescent, le médecin-dentiste informe les parents des risques et des mesures de prévention en vue d'éviter les blessures du visage.

Le temps constituant un facteur déterminant pour la guérison d'un traumatisme affectant les dents, les maxillaires

ou la face, il leur explique le comportement à adopter en cas d'accident. Il pose rapidement un diagnostic, tant clinique que radiologique, et en déduit les mesures thérapeutiques à instaurer. Sinon, il est essentiel que le transfert vers une clinique ou un cabinet spécialisé intervienne dans les plus brefs délais, après annonce téléphonique.

Le médecin-dentiste connaît les complications post-traumatiques, la fréquence et les intervalles de leur apparition et en fait part aux parents. Il contrôle régulièrement la dent accidentée et s'assure que les parents ont bien signalé l'accident à leur caisse-maladie.

Gestion du parodonte

La prise en charge parodontale est relativement simple chez l'enfant et dans une grande mesure identique à la gestion de la carie. Cependant, elle revêt une grande importance chez l'adolescent déjà car elle pose les fondements d'une bonne santé parodontale ultérieure. Un examen ciblé du parodonte fait partie des contrôles dentaires réguliers chez les adolescents.

Les parents sont instruits quant aux méthodes d'hygiène buccale adaptées à l'âge de l'enfant; celles-ci sont démontrées à l'enfant afin qu'il puisse les appliquer correctement à la maison.

Les adolescents sont instruits à la pratique d'une hygiène buccale adaptée à leur habileté manuelle.

Le médecin-dentiste enseigne des méthodes complémentaires aux adolescents équipés d'appareils orthodontiques fixes.

Il détecte les problèmes du parodonte et des gencives et applique le traitement approprié. Le cas échéant, il faut qu'il transfère le patient en temps utile à une clinique ou à un cabinet spécialisé.

Il diagnostique les gingivites causées par une maladie générale ou par des médicaments à travers leurs manifestations périorales ou orales. Il informe sur les facteurs délétères, comme p. ex. le piercing, la tabagisme, etc.

Gestion de l'occlusion

La surveillance de l'éruption des dents et du développement de la denture de lait et de la dentition permanente font partie intégrante de la pédodontie. L'objectif de la gestion de l'occlusion est de garantir une occlusion esthétiquement satisfaisante et fonctionnelle des arcades dentaires permanentes.

Toute anomalie du développement qui commence dans le domaine dento-alvéolaire et/ou occlusal doit faire l'objet d'une détection précoce suivie de mesures thérapeutiques appropriées.

Lorsque le traitement ne peut pas être effectué, il faut adresser le patient en temps utile à une clinique spécialisée ou à un cabinet de spécialiste.

Le médecin-dentiste prévient toute malocclusion par une planification soignée des traitements conservateurs et/ou actes chirurgicaux.

La surveillance des différents cycles d'éruption dentaire, y compris la consigne du statut dentaire dans le dossier du patient, en est la condition fondamentale.

Prise en charge des patients

Communication

Une bonne coopération de l'enfant en médecine dentaire repose avant tout sur un contact très précoce de celui-ci avec le cabinet dentaire. L'examen régulier commence dès l'éruption des premières molaires de lait. En mettant l'accent sur la communication, l'attention du jeune enfant est acquise et il est simultanément libéré de l'influence des parents. Les influences négatives sont limitées et la crainte est ainsi réduite.

Le médecin-dentiste connaît et exploite les principes de la communication verbale et non verbale.

Gestion de la douleur

Chaque médecin-dentiste sait que la douleur provoque l'anxiété et vice-versa. La gestion de la douleur sera toutefois plus aisée si la communication a déjà permis d'établir une relation de confiance entre le médecin-dentiste et l'enfant.

Le médecin-dentiste sait se contrôler et calmer le patient; en outre, il a connaissance des possibilités pharmacologiques servant au blocage de la douleur et agissant sur le degré de perception par la conscience, de leurs avantages et leurs inconvénients ainsi que de leurs indications et contre-indications. Il connaît également les cliniques et cabinets spécialisés qui proposent des méthodes appropriées de gestion de la douleur.

Gestion des rappels

Le cabinet dentaire se charge de convoquer les enfants et les adolescents à intervalles fixes convenus. Les examens scolaires fixés par la loi constituent un minimum.

Le médecin-dentiste définit ces intervalles en tenant compte de la situation bucco-dentaire et des circonstances familiales.

4. Bibliographie

Reference Manual, American Academy of Pediatric Dentistry, 1996-1997

Stöckli P W, Ben-Zur E D et al.: Zahnmedizin bei Kindern und Jugendlichen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1994.

Van Waes H, Stöckli P: Kinderzahnmedizin, Farbatlanten der Zahnmedizin, Bd. 17. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2001.

Splieth C: Kinderzahnheilkunde in der Praxis. Quintessenz, Berlin, 2002.

5. Auteurs des lignes directrices en pédodontie

Teresa Leisebach Minder, Winterthour
Peter Minnig, Bâle
Hubertus van Waes, Zurich