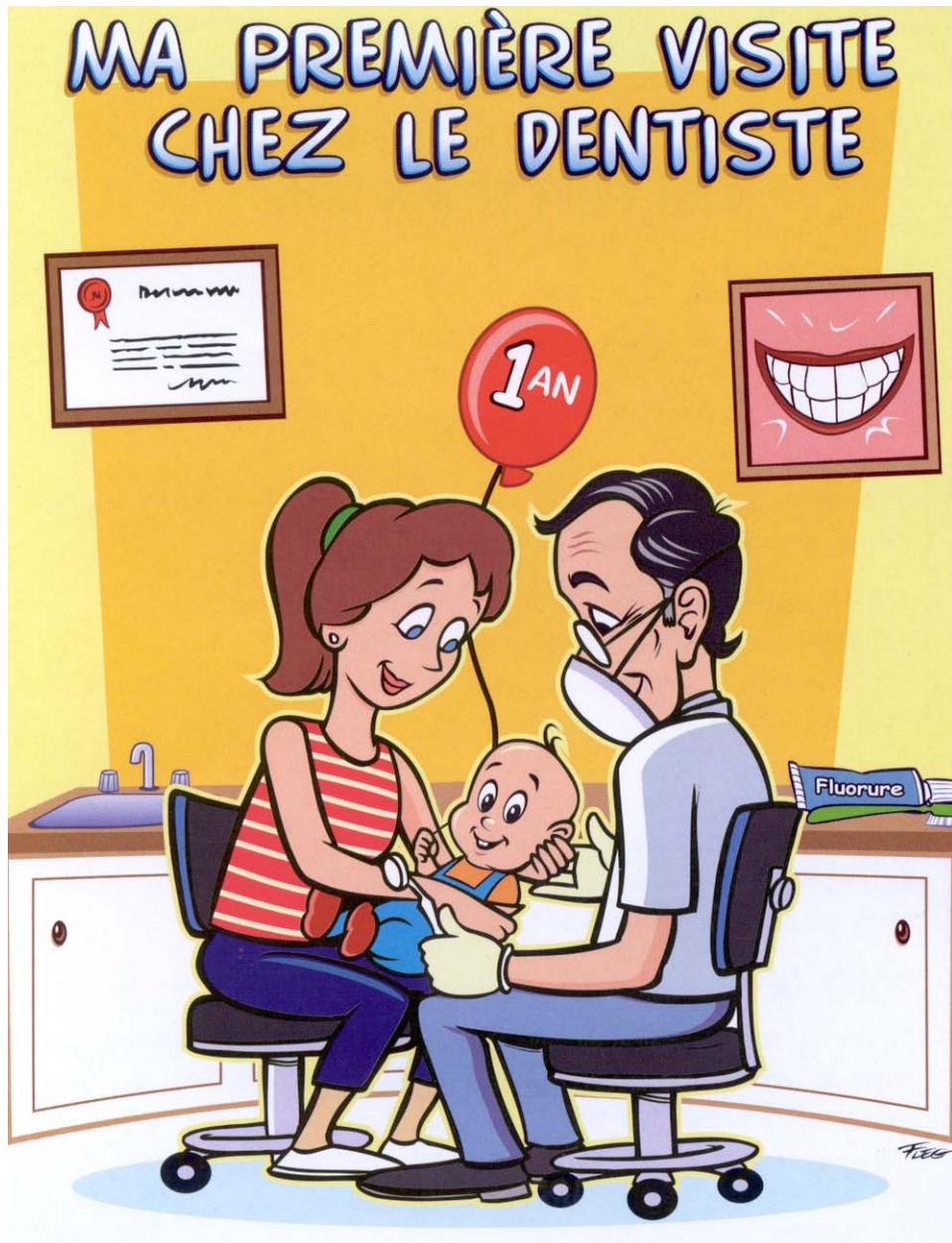


MA PREMIÈRE VISITE CHEZ LE DENTISTE



**GUIDE DE SOUTIEN POUR
L'ÉQUIPE DENTAIRE**

Ce document a été préparé par :

Christian Fortin, D.M.D., M.Sc.

Agence de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Tél. : (418) 774-4204

Jean-Roch Lamarre, D.M.D., M.Sc.

Agence de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Tél. : (418) 724-8457

Pierre Catellier, D.M.D., M.Sc.

Agence de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

Tél. : (418) 589-9845

Sylvie Gagnon, D.M.D., M.Sc.

Agence de santé et de services sociaux de Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Tél. : (418) 725-2841 # 205

Pour toutes informations supplémentaires, n'hésitez pas à nous contacter.

<p>N.B. Le contenu du présent guide ne constitue pas une démarche ou un mode de traitement exclusif. Des variations tenant compte de la situation du patient peuvent se révéler pertinentes.</p>

La reproduction en totalité ou en partie est interdite.

05/04/06

TABLE DE MATIÈRES

Buts de la 1 ^{re} visite à 1 an.....	1
Déroulement de la visite	2
Annexe 1 : Mesures d'hygiène buccodentaire à favoriser chez les jeunes enfants	3
Annexe 2 : Saines habitudes alimentaires à favoriser chez les jeunes enfants.....	4
Annexe 3 : Facteurs de risque de la CPE.....	5
Annexe 4 : Application de mesures préventives et thérapeutiques en présence de CPE.....	6
Annexe 5 : Technique « Lift the lip »	7
Annexe 6 : Actions importantes des parents pour la prévention de la CPE auprès de leur enfant.....	8
Annexe 7 : Allaitement maternel	9
Annexe 8 : Traitement thérapeutique et préventif : vernis fluoruré.....	10
Bibliographie	15

BUTS DE LA 1^{RE} VISITE À 1 AN

Les buts du premier examen buccodentaire sont de **diagnostiquer, de prévenir et de traiter** la carie de la petite enfance (CPE).

1. Diagnostiquer

Par un bref examen clinique adapté au jeune âge des enfants.

2. Prévenir

- 2.1 En fournissant aux parents l'information pertinente sur la façon d'assurer de bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire chez les enfants en bas âge (annexe 1).
- 2.2 En transmettant aux parents l'information pertinente sur de saines habitudes alimentaires propices à une bonne santé buccodentaire (annexe 2).
- 2.3 En faisant la promotion de l'allaitement maternel et des facteurs à respecter pour le choix d'une tétine (annexe 7).
- 2.4 En sensibilisant les parents à l'importance de leur rôle et de leur contribution attendue pour la prévention de la CPE (annexe 6).

3. Traiter (en présence de CPE)

- 3.1 Avec l'aide des parents, identifier les facteurs de risque potentiellement responsable de la situation et convenir des moyens pour les éliminer (annexe 3).
- 3.2 Établir un plan de traitement thérapeutique pour stabiliser et pour renverser la CPE (annexe 4).
- 3.3 Établir un plan de traitement pour des soins curatifs ou, le cas échéant, référer à un dentiste spécialiste.

DÉROULEMENT DE LA VISITE

1. Ouverture du dossier comprenant l'anamnèse pertinente : l'histoire dentaire, l'histoire médicale, plainte principale, etc.
2. Avec l'aide des parents, procéder à un examen clinique adapté comprenant un minimum de manipulations. Enseigner aux parents la façon de vérifier eux-mêmes la condition des dents de leur enfant grâce à la technique « Lift the lip » (annexe 5) avec une fréquence normalement suggérée d'une fois par mois.
3. Fournir les renseignements sur les bonnes mesures d'hygiène buccodentaire à prodiguer aux enfants en bas âge (annexe 1).
4. Fournir les renseignements concernant les saines habitudes alimentaires et habitudes de collations ne favorisant pas la carie (annexe 2).
5. Investiguer et évaluer les facteurs de risque de l'enfant à la CPE (annexe 3).
6. Répondre aux interrogations des parents.
7. Établir la fréquence des visites de rappel selon la présence ou non de CPE et le niveau de risque du patient (annexe 4).
8. En présence de CPE, évaluer l'opportunité de procéder à un premier traitement thérapeutique (annexe 8).

ANNEXE 1

MESURES D'HYGIÈNE BUCCODENTAIRE À FAVORISER CHEZ LES JEUNES ENFANTS

1. En très bas âge, les gencives du bébé peuvent être nettoyées à l'aide d'une débarbouillette propre et humide ou d'une gaze jetable avec ou sans la présence de dentifrice fluoruré (un soupçon).
2. Lorsque les premières dents sont en place, on recommande de commencer à les brosser graduellement deux fois par jour avec une brosse à dents à poils souples et un soupçon de dentifrice fluoruré.
3. Dans les deux cas, il est recommandé de faire une démonstration et de vérifier l'habileté des parents.

Note : Idéalement, le dernier brossage de la journée devrait être fait ou supervisé par le parent ou la personne responsable jusqu'à l'âge de huit ou neuf ans.

ANNEXE 2

SAINES HABITUDES ALIMENTAIRES À FAVORISER CHEZ LES JEUNES ENFANTS

Fournir l'information pertinente sur :

1. l'importance de consommer des aliments sains qui ne favorisent pas la carie tels les fruits, les légumes et le fromage.
2. la notion des sucres cachés :
Beaucoup d'aliments peu sucrés (craquelins, croustilles, biscuits de dentition) et des jus de fruits naturels contiennent du sucre et sont très cariogènes.
3. la notion de textures des aliments :
Les aliments collants ou pâteux (biscuits, barres-collations, etc.) prolongent la durée en bouche de l'aliment et, ainsi, l'activité carieuse.
4. la notion de fréquence :
Éviter le grignotage et l'utilisation du biberon (contenant un autre liquide que de l'eau) de façon continue, sur demande ou pour s'endormir. À quantité égale, le sucre pris à plusieurs reprises durant la journée cause beaucoup plus de caries que s'il est consommé en une seule fois.
5. le potentiel très cariogène et la faible valeur nutritive des liqueurs douces, boissons aux fruits, confiseries et gommes sucrées de toutes sortes.

ANNEXE 3

FACTEURS DE RISQUE DE LA CPE

- ↪ L'apport excessif quotidien de sucre de toute sorte.
- ↪ Mauvaises habitudes d'utilisation du biberon et de la suce :
 - lait pour endormir l'enfant au lit;
 - jus ou boissons sucrées trop fréquemment ou sur demande durant la journée;
 - sevrage tardif du biberon et du verre avec bec verseur après l'âge de 1 an;
 - trempage de la suce dans des produits sucrés (miel, etc.).
- ↪ Mauvaises connaissances et comportements envers les mesures optimales d'hygiène buccodentaire.
- ↪ Faible apport en fluorure systémique et topique.
- ↪ Transmission cariogénique de la flore bactérienne des parents ou des proches aux jeunes enfants en portant à leur bouche la sucette, le biberon, la nourriture et les ustensiles des enfants.
 - ✓ Sensibilisation des parents à leur propre condition buccodentaire.
 - ✓ Histoire de caries actives chez la famille proche.
- ↪ Présence importante de plaque dentaire sur les incisives supérieures de l'enfant.
- ↪ Présence de caries débutantes (déminéralisation, taches, etc.)
- ↪ Usage fréquent et continu (plus de 3 semaines) de médicaments et sirop contenant du sucre.
- ↪ Conditions sociodémographiques et socioéconomiques défavorables (statut d'immigrant, peu de scolarité, faible revenu familial, etc.).

ANNEXE 4

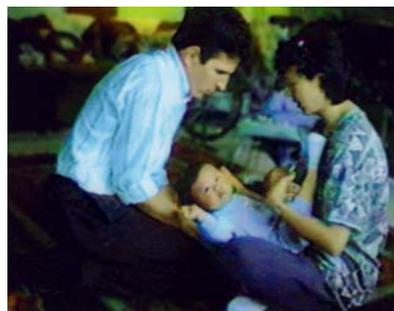
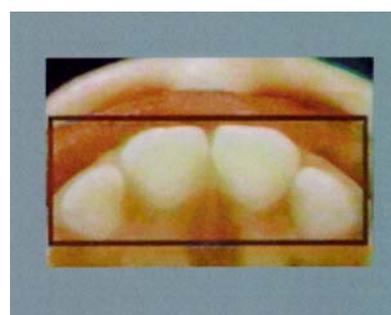
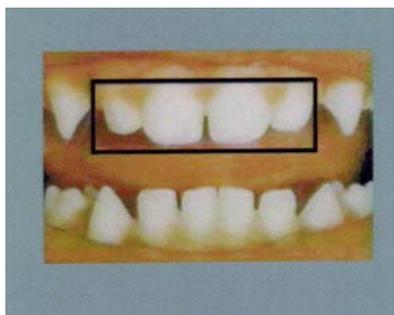
APPLICATION DE MESURES PRÉVENTIVES ET THÉRAPEUTIQUES EN PRÉSENCE DE CPE

À cet âge, soit six mois après l'éruption de la première dent, la gravité de la CPE ne devrait pas se présenter à un stade très avancé, donc :

1. évaluer avec les parents les facteurs de risque potentiels qui ont pu contribuer à l'apparition de la CPE afin de les éliminer;
2. après avoir évalué l'apport systématique de fluorures et les habitudes d'hygiène buccodentaire, prescrire au besoin des suppléments ou vitamines fluorurés;
3. établir un plan de traitement préventif et thérapeutique individualisé et procéder à une application de vernis fluoruré au besoin (annexe 8).

ANNEXE 5

TECHNIQUE « LIFT THE LIP »



Source : Chad Lee, 1993 Summer Research Fellow, Pete Domoto, D.D.S., M.P.H., Phil Weinstein, ph.D., Ron Maynard, M.S.W., Joseph Wilmhoff, Computer Imaging Rodriguez, Olguin and Associates
Jiro Tsubouchi, D.D.S.Ph.D., Mihoko Tsubouchi, D.d.S., Visiting Scholars Okayama University
Donna Oberg R.D., M.P.H., Ellen Jeffcott, R.D.H., B.s., Seattle-King County Departement of Public Health

ANNEXE 6

ACTIONS IMPORTANTES DES PARENTS POUR LA PRÉVENTION DE LA CPE AUPRÈS DE LEUR ENFANT

- ↪ En brossant les dents de votre enfant dès leur éruption avec un soupçon de pâte dentifrice fluorurée et dès l'âge de deux ans en utilisant une quantité équivalente à la grosseur d'un petit pois;
- ↪ En évitant de placer des produits sucrés dans le biberon de votre enfant et sur sa sucette;
- ↪ En essuyant les dents de votre enfant avec une petite débarbouillette mouillée après la prise du biberon ou à la suite de l'allaitement;
- ↪ En évitant de porter à votre bouche la sucette, le biberon, la nourriture et les ustensiles de votre enfant;
- ↪ En débutant le sevrage du biberon et du verre avec bec verseur vers l'âge d'un an;
- ↪ En se servant de la soie dentaire une fois par jour pour les dents qui se touchent dans la bouche de votre enfant;
- ↪ En amenant votre enfant chez le dentiste pour sa première visite dès l'âge d'un an et en poursuivant la fréquence des visites, selon les recommandations de votre dentiste;
- ↪ En privilégiant les collations contenant des fruits, des légumes et du fromage;
- ↪ En limitant la consommation excessive et fréquente de jus de fruits (même ceux sans sucre ajouté), la recommandation étant de 4 à 5 onces par jour.

ANNEXE 7

ALLAITEMENT MATERNEL

Les bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant sont amplement reconnus et démontrés scientifiquement. Comme l'allaitement maternel semble exiger du nourrisson un plus grand effort des muscles de la joue et de la langue pour soutirer le lait du sein maternel, des effets bénéfiques sur la croissance buccodentaire du nourrisson sont aussi fort envisageables :

1. développement optimal des muscles oro-faciaux et des maxillaires;
2. acquisition d'une bonne déglutition (bon développement du palais, position adéquate de la langue, lèvres plus fortes).

Toutefois, si l'utilisation du biberon est privilégiée, le choix d'une bonne tétine devient alors très important. Pour ce faire, il faut tenir compte de la flexibilité, de la forme, de la taille et du débit de la tétine.

Celle-ci doit être la plus souple possible pour permettre à la langue et aux lèvres de travailler correctement. Sa forme doit ressembler le plus possible à celle d'un mamelon afin de permettre un meilleur positionnement et serrement des lèvres. Sa taille ne doit être ni trop grande ni trop petite mais adaptée à l'âge et à la croissance de l'enfant. Le renflement à la base de la tétine ne doit pas être trop gros pour permettre un bon scellement des lèvres. Le débit doit être plutôt lent afin de favoriser une bonne croissance des muscles et des os (environ une goutte de liquide par seconde). Une bonne tétine orthodontique peut posséder ces critères de choix (N.B. son orifice doit toujours être placé vers le haut).

ANNEXE 8

TRAITEMENT THÉRAPEUTIQUE ET PRÉVENTIF VERNIS FLUORURÉ

L'emploi du vernis fluoruré, comme agent anticariogène, a débuté à la fin des années 1960, et dès 1980, il était largement utilisé en Europe. Le vernis fluoruré est employé aussi pour la prévention de la CPE depuis plusieurs années aux États-Unis et plus récemment au Canada. En fait, l'application de vernis fluoruré est le seul traitement professionnel au fluorure acceptable pour les enfants d'âge préscolaire. La qualité de l'évidence scientifique pour leur efficacité anticariogène est de niveau I, c'est-à-dire la plus fiable. L'exposition du patient au fluorure est contrôlée avec l'utilisation du vernis fluoruré et la quantité de fluorure ingérée lors d'une application de vernis fluoruré chez l'enfant est à peine détectable au niveau plasmatique.

Le vernis fluoruré recouvre les dents avec un film adhérent pour au moins 24 heures permettant ainsi le dépôt des ions de fluorure dans la structure dentaire, sous forme de fluorure de calcium (CaF_2), créant ainsi un réservoir de fluorure qui sera relâché lentement sur une période de 5 à 6 mois. L'action du fluorure est aussi bien reliée à l'inhibition du processus de la déminéralisation qu'à celui de la reminéralisation.

Le vernis fluoruré a démontré une propriété clinique importante dans la prévention des lésions carieuses des surfaces lisses situées au niveau des incisives antérieures supérieures primaires, lieu fréquent d'attaque initiale de la CPE ainsi qu'une réduction prononcée des caries occlusales, où l'efficacité de l'application conventionnelle des fluorures topiques est reconnue pour être peu élevée.

ALLERGIE

Les allergies aux fluorures n'ont jamais été rapportées lors de l'utilisation du vernis fluoruré. Par ailleurs, les allergies aux autres composantes du vernis se résument à celle très rare d'allergie à la résine de bois, nommée colophane, et qui assure l'effet adhésif du produit. Les études dentaires, ayant utilisé le vernis fluoruré chez de jeunes enfants, n'ont rapporté aucun cas d'allergie au colophane. Les réactions cliniques extrêmement rares, rapportées dans la littérature et ayant mené à une allergie au colophane pouvant causer des gonflements ou de la dyspnée, ont été vues chez des patients prédisposés, avec des problèmes respiratoires (tels que l'asthme) ou des inflammations buccales marquées (gingivite ulcéralive sanguinolente) lors d'applications prolongées du vernis.

INTOLÉRANCE

De même, les intolérances sont très rares et sont visibles également en cas **d'applications prolongées**. Elles peuvent mener aux nausées ou aux vomissements chez les patients ayant l'estomac fragile. Dans tous les cas d'intolérance, le vernis peut être enlevé sur le champ avec une brosse à dents et de l'eau.

DÉSAVANTAGE

Le seul désavantage du vernis fluoruré est la coloration jaunâtre qu'il laisse sur les dents à la suite de l'application, mais cette dernière disparaît au brossage.

DESCRIPTION DU PRODUIT UTILISÉ

Duraflor est un vernis au fluorure de sodium 5 % destiné à assurer une imprégnation de l'émail dentaire en profondeur, en vue de la prophylaxie de la carie. Il est disponible en tube de 10 ml ou en dose unitaire de 0,5 ml avec **pinceau** applicateur. Un ml de vernis contient 50 mg de fluorure de sodium, l'équivalent de 22,6 mg d'ions fluor par ml, soit 22 600 ppm.

INDICATIONS

Prophylaxie de la carie dentaire chez les enfants de tous les âges et les adultes.

CONTRE-INDICATIONS

- ✓ Chez les personnes ayant des antécédents d'hypersensibilité à l'un des composants actifs ou inactifs du produit (voir liste composition).
- ✓ Chez des patients présentant une gingivite ulcéreuse ou une stomatite. Par contre, l'application pourra être réalisée après la guérison de l'inflammation.
- ✓ Dans les cas d'allergie connue au colophane ou à des agents similaires.

INTERACTIONS

Les autres préparations de fluorure, telles que les gels ou les mousses, ne devraient pas être administrées dans la journée suivant l'application du vernis fluoruré. Il est recommandé d'interrompre l'ingestion quotidienne de fluorure par l'intermédiaire de comprimés ou vitamines fluorurées durant quelques jours, après le traitement au vernis fluoruré. (Selon les Dr Deinard et Tessier, de l'University du Minnesota, la restriction se limite au soir suivant l'application de vernis fluoruré).

EFFETS SECONDAIRES

Quoique extrêmement rares, des cas de dyspnée ont été observés chez des enfants asthmatiques. Des cas de nausées ont été rapportés lors d'applications plus étendues aux patients avec l'estomac fragile. Si nécessaire, le vernis peut être enlevé par un brossage ou un rinçage minutieux.

La présence de nausées et de vomissements peut être un signe de toxicité.

FRÉQUENCE D'APPLICATION

Pour la prophylaxie de la carie dentaire, la fréquence d'application peut-être : a) semi-annuelle; b) aux 3 mois; c) annuelle par l'utilisation intensive à raison de 3 fois à l'intérieur de 7 jours. Évidemment, le choix de la fréquence d'application s'établira en fonction du niveau de risque de l'enfant à développer la carie dentaire. L'utilisation intensive est prescrite dans le but de modifier la flore bactérienne et renverser le processus carieux par la reminéralisation de l'émail.

PROCÉDURE À PRIVILÉGIER CHEZ LES JEUNES ENFANTS (0-4 ANS)

A. Positionnement

- *Technique de genoux à genoux :*

Le dentiste ou l'hygiéniste dentaire s'assoit de façon opposée au parent pour être face à face et que leurs genoux soient en contact. L'enfant est assis sur les genoux du parent face à celui-ci et ce dernier tient les mains de l'enfant. L'enfant est alors basculé vers l'arrière de façon à ce que sa tête soit déposée sur les genoux du dentiste ou de l'hygiéniste dentaire. Cette position permet à l'enfant de voir et de demeurer en contact avec son parent pendant que le dentiste ou l'hygiéniste dentaire procède à l'application du vernis fluoruré dans un minimum de restrictions. Cette position offre une excellente vision de la cavité buccale pour le dentiste ou l'hygiéniste dentaire. L'éclairage peut être amélioré par l'utilisation d'une lampe frontale.

B. Application du vernis fluoruré

1. *Nettoyer et assécher les dents*

a) Si l'enfant a beaucoup de plaque dentaire, brossez ses dents avec une brosse à dents pour enlever la majorité de la plaque ou faites une prophylaxie si sa collaboration le permet. Seppä a démontré que l'enlèvement de la plaque dentaire n'est pas un point critique dans l'efficacité du vernis. Les manufacturiers recommandent aussi d'essuyer les dents avec une gaze avant l'application, mais si un mince filet de salive persiste, cela ne nuit que très peu à l'efficacité démontrée du vernis.

- b) S'il y a peu ou pas de plaque, essuyer les dents avec une gaze sera suffisant. Les dents doivent être raisonnablement sèches avant l'application du vernis fluoruré; par contre, si un mince filet de salive persiste, le vernis va durcir et l'efficacité ne sera pas compromise.

2. Travailler par quadrant

L'idéal est d'effectuer un quadrant à la fois. Commencer par les dents inférieures, étant donné que la salive s'accumule en bas. Vous pouvez utiliser la succion ou faire cracher l'enfant entre chaque quadrant. Vous pourrez garder ainsi le milieu relativement sec.

Pour les enfants ayant moins de 10 dents au total, vous pouvez isoler les dents du bas et faire l'application et, par la suite, isoler les dents du haut et faire l'application du vernis.

3. Appliquer une *mince couche* de vernis fluoruré

Appliquer une mince couche de vernis avec un pinceau sur toutes les surfaces des dents. Utiliser une goutte de vernis pour 6 dents ou moins, ou 2 gouttes pour les enfants avec plus de 6 dents. Éviter d'en placer au contact de la gencive. Vous pouvez déposer les gouttes de vernis dans un godet ou sur une surface propre imperméable ou sur votre gant de vinyle entre le pouce et l'index gauche, si vous êtes droitier et l'inverse dans la situation opposée.

4. Le vernis sèche rapidement

Une fois appliqué, le vernis sèche rapidement au contact de la salive. Il n'est donc pas nécessaire de prendre des mesures supplémentaires pour éviter le contact salivaire.

N.B. La durée de l'application du vernis peut varier entre une et trois minutes dépendant du nombre de dents présentes. Pour nettoyer les instruments qui ont été en contact avec le vernis, utiliser une gaze alcoolisée.

RECOMMANDATIONS À DONNER AUX PARENTS À LA SUITE DE L'APPLICATION DU VERNIS FLUORURÉ

- ✓ Votre enfant peut boire et manger immédiatement après l'application.
- ✓ Pour obtenir le maximum de bénéfices :
 - a) votre enfant doit éviter de manger des aliments durs comme des carottes et des pommes ainsi que des aliments collants et l'utilisation de la gomme à mâcher pour la fin de la journée.
 - b) **exceptionnellement pour ce soir**, éviter de brosser les dents de votre enfant afin de permettre au vernis fluoruré de demeurer au contact des dents de votre enfant le plus longtemps possible.
- ✓ Recommencer les mesures d'hygiène dentaire à la fréquence habituelle demain matin.
- ✓ Vous remarquerez une coloration jaunâtre des dents de votre enfant, cette coloration disparaîtra au brossage de dents.
 - a) **exceptionnellement pour ce soir**, ne pas donner de supplément fluoruré ou de vitamine fluorurée à votre enfant ou tout autre source de traitement au fluorure à la maison.

BIBLIOGRAPHIE

« Les vernis fluorurés ». *Actualités dentaires*, 2003. **12**(3).

Adapté des recommandations des Centers for Disease Control and Prevention. CDC, Atlanta, USA, « Recommendations for Using Fluoride to Prevent and Control Dental Caries in the United States ». *MMWR*, August 17, 2001;50(RR-14) :1-42.

American Academy of Pediatric Dentistry. « Policy statement on the use of fluoride ». *Pediatr. Dent.* 2001;23(SI,7) :14.

American Academy of Pediatrics, « Oral Health Risk Assessment Timing and Establishment of the Dental Home », Volume 111, Number 5, May 2003, pp 1113-1116. <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;111/5/1113>

Anusavice K.J., « Efficacy of Nonsurgical Management of the Initial Caries Lesion ». *Journal of Dental Education*, 1997. **61**(11): p. 895-905.

Autio-Gold J.T. and Courts F., « Assessing the effect of fluoride varnish on early enamel carious lesions in the primary dentition ». *JADA*, 2001. **132**: p. 1247-1253.

Bawden J.W., « Fluoride Varnish: a Useful New Tool for Public Health Dentistry ». *Journal of Public Health Dentistry*, 1998. **58**(4): p. 266-269.

Berkowitz RJ, Jones P. « Mouth-to-mouth transmission of the bacterium *Streptococcus mutans* between mother and child ». *Arch. Oral Biol.* 1985;30 :377-379.

Bravo M., and al., « A 48-month survival analysis comparing sealant (Delton) with fluoride varnish (Duraphat) in 6-to 8-year-old children ». *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1997. **25**: p. 247-250.

Brodeur J.M., et coll. *Étude 1998-1999 sur la santé bucco-dentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*. 2001, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, p. 152.

Brodeur J.M., Olivier M., et coll. *Enquête sur la santé dentaire des enfants québécois de 5-6 ans et 7-8 ans en 1997-98*. 1997.

Brodeur J.M., Payette M., and Bedos C., «Socioeconomic variables and the prevalence of dental caries in second and sixth grade Quebec children in 1989-90 ». *Can. J. Public Health*, 1998. **89**: p. 274-9.

Comité canadien pour l'allaitement, *L'initiative des amis des bébés. Annexe II: Raisons médicales acceptables pour donner aux nourrissons une alimentation complémentaire.*

Comité de nutrition de la Société canadienne de pédiatrie. *Le fluor et les dents saines*, Révisé en octobre 2003.
<http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/santegenerale/fluordents.htm>

Davey AL, Rogers AH. « Multiple types of the bacterium *Streptococcus mutans* in the human mouth and their intra-family transmission ». *Arch. Oral Biol.* 1984; **29** :353-460.

De Bruyn H., Arends J., « Fluoride varnishes-A review ». *J. Biol. Buccale*, 1987. **22**: p. 59-62.

Deinard A., Tessier S., *Varnish Application Procedure*, Regents of the University of Minnesota, 2003.

Downs AM, S.J., « Colophony allergy: a review ». *Contact Dermatitis*, 1999. **41**(6): p. 305-10.

Ekstrand J., Koch G., Petersson L.G., « Plasma Fluoride Concentration and Urinary Fluoride Excretion in Children following Application of the Fluoride-Containing Varnish Duraphat ». *Caries Research*, 1980. **14**: p. 185-189.

Enfants Québec. *Les dents de bébé en santé*. Vol.14, no.6, avril 2002. p. 57-58.

Gibson S. and Williams S. «Dental Caries in Pre-School Children: Associations with Social Class, Toothbrushing Habit and Consumption of Sugars and Sugar-Containing Foods. Further analysis of Data from the National Diet and Nutrition Survey of Children Aged 1.5-4.5 Years ». *Caries Research*, 1999. **33**(2): p. 101-113.

Hale K, Heller K. «Fluorides : getting the benefits, avoiding the risks ». *Contemp. Pediatr.* 2000;2 :121.

Haugejorden O. and Nord A., « Caries incidence after topical application of varnishes containing different concentrations of sodium fluoride: 3-years results ». *Scand. J. Dent. Res.*, 1991. **99**: p. 295-300.

Institut national de santé publique du Québec. *Guide pratique pour les mères et les pères, Mieux vivre avec notre enfant, de la naissance à deux ans*, 2005.

Isaksson M, B.M., Bjorkner B, Niklasson B, « Contact allergy to Duraphat ». *Scand. J. Dent. Res.*, 1993. **101**(1): p. 49-51.

Isokangas P, Soderling E, Pienihakkinen K, Alanen P. « Occurrence of dental decay in children after maternal consumption of xylitol chewing gum, a follow-up from 0 to 5 years of age ». *J. Dent. Res.* 2000;79 :1885-1889.

Klein H, Palmer CE. « Studies on dental caries V. Familial resemblance in caries experiences of siblings ». *Pub. Health Rep.* 1938;53 :1353.

Levy S.M., Kanellis M.J., Warren J.J., « Sources of Fluoride Intake in Children ». *Journal of Public Health Dentistry*, 1995. **55**: p. 39-52.

Li Y, Caufield PW. « The fidelity of the initial acquisition of mutans streptococci by infants from their mothers ». *J. Dent. Res.* 1995;74 :681-685.

Marinho V.C., and al., « Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents ». 2002, *Cochrane Database Syst. Rev.* (3): CD002279.

Milgrom, P., Weinstein, P. *Earley Childhood Caries : a team approach to prevention and treatment*, University of Washington, Seattle, 1999.

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, D.o.O.H., *Recommendations for the use of fluoride to prevent and control dental caries in the United States (Draft)*. 1999, CCD: Atlanta.

Nouri M Reza. « À quel âge devrait se faire le premier examen buccal chez un enfant? » *Journal de l'Association dentaire canadienne*, 2003;69(4): 253.

Nowak AJ, Warren JJ. « Infant oral health and oral habites ». *Pediatr. Clin. North Am.* 2000; 47 : 1043-1066.

Ogaard B., Seppä L., Rolla G., « Professional topical fluoride applications: clinical efficacy and mechanism of action ». *Adv. Dent. Res.*, 1994. **8**: p. 190-201.

Ordre des dentistes du Québec. « La polycarie infantile: facteurs de risque » *Journal dentaire du Québec*. Vol. 38. Oct. 2001.

- Petersson G. H., Bratthall D., « The caries decline : a review of reviews ». *Eur. J Oral Sci.*, 1996. **104**: p. 436-443.
- Petersson L.G., and al., « Effect of semi-annual applications of a chlorhexidine/fluoride varnish mixture on approximal caries incidence in schoolchildren. A three-year radiographic study ». *Eur. J. Oral. Sci.*, 1998. **106**: p. 623-627.
- Pitts N., « Current methods and criteria for caries diagnosis in Europe ». *J. Dent. Educ.*, 1993. **57**: p. 409-14.
- Quartey J. and Seidel S., « Nursing Caries and Fluoride Varnish ». *Texas Dental Journal*, 1998: p. 14-17.
- Reisine S.T. Poster W. «Socioeconomic Status and Selected Behavioral Determinants as Risk Factors for Dental Caries». *Journal of Dental Education*, 2001. **65**: p. 1009-1016.
- Ripa L.W., « Nursing caries : a comprehensive review ». *Pediatric Dentistry*, 1988. **10**(4): p. 268-282.
- Seppä L., « Studies of fluoride varnishes in Finland ». *Proc. Finn. Dent. Soc.*, 1991. **87**: p. 541-547.
- Seppä L., and al., « Effect of Intensified Caries Prevention on Approximal Caries in Adolescents with High Caries Risk ». *Caries Research*, 1991. **25**: p. 392-395.
- Slavkin H.C., « Streptococcus mutans, Early Childhood Caries and new Opportunities ». *JADA*, 1999. **130**: p. 1787-1792.
- Société canadienne de pédiatrie. « Le recours au fluor chez les nourrissons et les enfants, Comité de nutrition », *Paediatrics & Child Health*, 2002;7(8) :579-582. <http://www.cps.ca/francais/enonces/N/n02-01.htm>
- Société canadienne de pédiatrie. *Soins de nos enfants/La grossesse et les bébés/Section pour les parents/Le sevrage de bébé.* <http://www.soinsdenosenfants.cps.ca>
- Stookey G.K. *Fluoride varnish.* in *Annual Congress of AAPHD, 2003.* 2003. San Antonio, USA.
- Tang J.M.W., and al. «Dental Caries Prevalence Treatment Levels in Arizona Preschool Children». *Public Health Report*, 1997. **112**(4): p. 319-329.

Technique Lift the Lip, Chad Lee, 1993 *Summer Research Fellow*, Pete Domoto, D.D.S., M.P.H., Phil Weinstein, ph.D., Ron Maynard, M.S.W., Joseph Wilmhoff, Computer Imaging
Rodriguez, Olguin and Associates
Jiro Tsubouchi, D.D.S.Ph.D., Mihoko Tsubouchi, D.d.S., Visiting Scholars Okayama University
Donna Oberg R.D., M.P.H., Ellen Jeffcott, R.D.H., B.s., Seattle-King County Department of Public Health.

Tewari A., Chawia H.S., and Utreja A., « Comparative evaluation of the role of NaF, APF Durapaht topical fluoride applications in the prevention of dental caries-a 21/2 years study ». *J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent.*, 1991. **8**(1): p. 28-36.

The American Dental Association. « Caries diagnosis and risk assessment : a review of preventive strategies and management ». *J. Am. Dent. Assoc.* 1995;126(suppl.) :15-245.

Vaikuntam J., « Fluoride varnishes: should we be using them? » *Pediatr Dent.*, 2000. **22**: p. 513-6.

Weinstein P., and al., « Baby Bottle Tooth Decay : Results of a promising open trial to prevent baby bottle tooth decay : A fluoride varnish study ». *Journal of Dentistry for Children*, 1994: p. 338-341.

Weinstein P., Domoto P., and al., « Results of a promising open trial to prevent baby bottle tooth decay : A fluoride varnish study ». *Journal of Dentistry for Children*, 1994. **61**: p. 338-341.