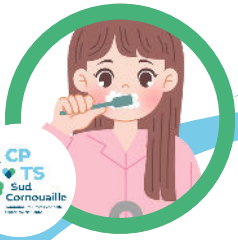


CP TS Sud Cornouaille
Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

L'éventail BUCCO DENTAIRE

LA SANTÉ BUCCODENTAIRE
DU JEUNE ENFANT AU PRÉ-ADOLESCENT
DE 6 À 12 ANS

Un outil réalisé par les professionnels de la **CPTS Sud Cornouaille** dans le cadre d'un groupe de travail sur la **Prévention Buccodentaire des enfants**. Il se veut synthétique et pratique, un guide de poche que l'on peut avoir facilement sous la main en cas de besoin.



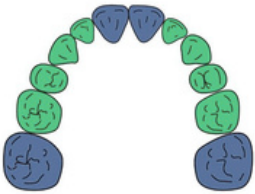
LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DE 6 À 12 ANS
DU JEUNE ENFANT AU PRÉ-ADOLESCENT

Sommaire

- p.3 - Dentition
- p.4 - Suivi des soins
- p.5 - Carie : évaluation individuelle
- p.6 - Rôle de la salive
- p.7 - Arrêt de la succion
- p.8 - Hygiène bucco-dentaire
- p.9 - Choix de la brosse à dents
- p.10 - Astuces sur le brossage
- p.11 - La Méthode B.R.O.S
- p.12 - Le brossage : cas particuliers
- p.13 - Zoom sur le fluor
- p.14 - Frein de langue
- p.15 - Traumatisme dentaire
- p.16 - Orthodontie
- p.17 - Orthophonie
- p.18 - Alimentation équilibrée
- p.19 - Zoom sur les sucres
- p.20 - En savoir +

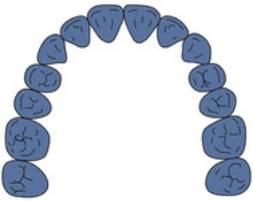
CPTS
Sud Cornouaille
association@cptssudcornouaille.fr
06 81 26 57 33

Dentition



denture mixte de
6 ans à 12 ans
(en moyenne)

La denture définitive apparait entre 11 et 13 ans.
La **première molaire** définitive pousse derrière la molaire de lait, vers 6 ans et non en dessous. C'est statistiquement **la dent la plus cariée**.



denture définitive
après 12 ans

En général, les dents de sagesse sortent de la gencive vers les 18 ans de l'adolescent.
L'évolution se fait par à-coups et peut parfois être douloureuse (péricoronarite nécessitant la prise d'antibiotiques).

Certaines dents n'existent pas : on parle alors d'agénésie dentaire. Ce phénomène est très fréquent pour les dents de sagesse, mais parfois il concerne également d'autres dents comme les canines ou les incisives.

Suivi des soins



Dans l'idéal, il faut réaliser un contrôle annuel.

Les sillons des premières et deuxièmes molaires sont des zones fragiles de l'émail, car il est difficile pour la brosse à dents d'en déloger les bactéries, augmentant ainsi le risque de caries. Il peut être préconisé de les sceller par prévention du risque carieux.

Scellement de sillons : en quoi cela consiste-t-il ?

Les sillons sont comblés par une résine fluorée pour éviter que les bactéries responsables des caries s'y développent et faciliter le brossage de la surface de la dent. Soin rapide et sans anesthésie, qui dure plusieurs années et qui est entièrement pris en charge.

L'application de vernis fluorés peut être utilisée en prévention primaire chez les enfants, aussi bien sur la dentition primaire que mixte, pour ceux présentant un risque élevé de caries. Elle est également efficace en prévention secondaire, pour reminéraliser ou inactiver les lésions carieuses non cavitaires.

Carie évaluation individuelle



On classera en risque carieux élevé tout patient présentant au moins un des facteurs de risque individuels suivants :

- Absence de brossage quotidien avec du dentifrice fluoré.
- Ingestions sucrées régulières en dehors des repas ou du goûter (aliments sucrés, boissons sucrées, bonbons).
- Prise au long cours de médicaments sucrés ou générant une hyposialie.
- Sillons anfractueux au niveau des molaires.
- Présence de plaque visible à l'œil nu sans révélation.
- Présence de caries (atteinte de la dentine) et/ou de lésions initiales réversibles (atteinte de l'émail).

Un risque carieux élevé implique un suivi adapté avec des contrôles fréquents, des soins prophylactiques et un dentifrice adapté.

Rôle de la salive



La salive protège les dents des caries. En effet, elle :

- neutralise l'acidité de la bouche,
- répare les micro-altérations de l'émail dentaire,
- nettoie les dents,
- protège les tissus de la bouche,
- a un rôle antibactérien et antifongique contre les champignons.

Le grignotage régulier augmente l'acidité de la salive et diminue son rôle protecteur.

Par ailleurs, pendant la nuit, le débit salivaire diminue, d'où **l'importance de bien se brosser les dents avant de dormir** afin d'éliminer la plaque et de renforcer l'émail.

Certaines maladies chroniques (maladies auto-immunes...) ou certains médicaments (psychotropes...) diminuent également la sécrétion salivaire (hyposialie).

Arrêt de la succion



Plus on repousse l'arrêt de la succion de substitution, plus l'enfant sera en difficulté pour cesser cette habitude et risque d'en devenir dépendant.

Une succion de substitution peut avoir des conséquences sur : la respiration, le développement du visage, la croissance et la position des dents, des mâchoires, la qualité du sommeil, la déglutition, l'articulation, le développement du langage.

Dès l'âge des 3 ans :

- **Accompagner l'arrêt**, ne pas le faire de façon brutale (un changement des habitudes prises est difficile pour tout le monde).
- **Prendre en compte le contexte** (arrivée d'un autre enfant, changement de vie, etc.).
- **Utiliser des techniques de renforcement positif** (valoriser les réussites ou les matérialiser). Lui proposer par exemple de laisser la tétine au pied du sapin (le père Noël sera peut-être encore plus généreux). Eviter la culpabilisation.
- "**Faire dire**" les choses par un professionnel (parole parfois très valorisée par les enfants).
- **Réfléchir sur ses propres craintes**/appréhensions, en tant que parent, à accompagner l'enfant à arrêter.

Hygiène Bucco-dentaire



Dès 6 ans, le dentifrice doit contenir 1450 ppm de fluor (par exemple : Elmex Junior, Fluocaril, Signal Bio).

La quantité de dentifrice sur la brosse est équivalente à **une noisette** car il est recommandé de ne pas se rincer la bouche après le brossage mais simplement recracher les excès de dentifrice.

La brosse à dents doit être adaptée à l'âge (petite taille). **Une brosse à dents ne se partage JAMAIS** et doit se changer tous les 3 mois (ou après chaque épisode infectieux (grippe, gastro-entérite...).

• **Brosser le haut et le bas séparément**
• Faire un rouleau, ou un mouvement rotatif pour brosser dents et gencives du rose vers le blanc,
• Incliner la brosse à 45° sur la gencive,
• Suivre un trajet pour faire le tour de toutes les dents sans oublier le dessus.

Choix de la brosse à dents



L'âge de l'enfant et sa dextérité sont des facteurs importants lors du choix d'une brosse à dents. Les rayons d'hygiène bucco-dentaire sont bien fournis et en constante évolution. Votre pharmacien peut vous conseiller sur les dernières nouveautés et les brosses les mieux adaptées.

A partir de 6 ans, une brosse avec une tête plus grande et des poils souples reste importante. À ce stade, les enfants peuvent bénéficier des brosses électriques qui facilitent un brossage plus efficace. Ils peuvent également utiliser des brosses avec des minuteurs pour s'assurer qu'ils se brossent pendant le temps adéquat.

Plusieurs études indépendantes montrent que les brosses à dents électriques éliminent plus de plaque dentaire que les manuelles pour une même durée de brossage. Cependant l'utilisation de la brosse à dents manuelle peut contribuer à exercer la motricité fine de l'enfant. Les 2 techniques sont complémentaires.

Brosser le haut et le bas séparément

• Faire un rouleau, ou un mouvement rotatif pour brosser dents et gencives du rose vers le blanc,
• Incliner la brosse à 45° sur la gencive,
• Suivre un trajet pour faire le tour de toutes les dents sans oublier le dessus.

Astuces sur le brossage



Conserver des horaires réguliers pour les enfants (lever /repas / brossage / coucher) et créer une routine.

Jusqu'à l'âge de 8 ans, il est recommandé aux parents de réaliser régulièrement **30 secondes de brossage efficace sur les dents du fond.**

Puis après 8 ans, les parents sont invités à **contrôler ponctuellement l'hygiène** en fonction de la dextérité de l'enfant et des conseils de son dentiste.

Après un grignotage au cours de la journée : mastiquer un **chewing-gum sans sucres** pendant 20 minutes pour stimuler la production de la salive ou se rincer la bouche avec un verre d'eau.

Astuces :

- Utiliser **un dentifrice ludique avec révélateur de plaque** qui colore en vert la plaque dentaire et permet de repérer les zones où le brossage n'a pas été efficace (exemple : Elgydium révélateur de plaque).
- **Utiliser une musique ou un timer** pour motiver et rythmer la durée du brossage.



La méthode B.R.O.S

À partir de 6 ans

La méthode B.R.O.S.



Brossez haut et bas séparément



Rouleau ou mouvement rotatif pour brosser dents et gencives du rose vers le blanc



Oblique : on incline la brosse à 45° sur la gencive



Suivez un trajet pour faire le tour de toutes les dents, sans oublier le dessus

Un brossage efficace c'est 2 fois par jour pendant 2 minutes

Le brossage : cas particuliers



Vers 6-8 ans, la coordination bimanuelle est en place, les séquences motrices sont semi-automatisées. Il existe néanmoins des cas particuliers où l'enfant peut être entravé dans sa tâche.

Troubles moteurs (dyspraxie, paralysie cérébrale, etc.) : le geste reste immature malgré l'entraînement. L'assistance parentale doit persister au-delà de 6 ans.

Quelques recommandations :

- **Privilégier la brosse à dents à 3 faces**, les brosses à dents à manches courts.
- Possibilité d'ajouter un manchon amovible pour grossir le manche et favoriser la prise.
- **Vider le tube de dentifrice dans un petit pot en verre** (type mini pot de confiture) pour faciliter la mise du dentifrice sur la brosse à dents.
- Utiliser **un miroir accessible** à l'enfant pour qu'il puisse observer de près son geste.

Trouble du processus sensoriel (hyperréactivité sensorielle) courant chez les enfants avec un TSA :

- Opter pour **des petites têtes de brosse** à dents.
- Faire attention au **goût du dentifrice.**
- Privilégier un **espace calme**, une lumière tamisée lors du temps de brossage.

Pour toute difficulté persistante, demandez conseil à un ergothérapeute.

Zoom sur le fluor

Les recommandations de l'UFSBD en matière de fluor dans les dentifrices



Brossage des dents
2 fois / jour



Recracher l'excès
de dentifrice sans rincer



Brossage réalisé par un adulte
jusqu'à 5 ans et supervisé par
un adulte jusqu'à 7-8 ans

	6 mois - 2 ans	2 - 3 ans	3 - 6 ans	à partir de 6 ans et jusqu'à l'âge adulte
Risque carieux **faible**	Trace de dentifrice **1000 ppm** dans la largeur de la brosse à dents		Petit pois de dentifrice **1000 ppm**	Dentifrice **1000-1450 ppm**
Risque carieux **élevé**	Trace de dentifrice **1000 ppm** dans la largeur de la brosse à dents	Petit pois de dentifrice **1000 ppm**	Petit pois de dentifrice **1450 ppm**	Jusqu'à 10 ans : dentifrice ≃ **1450 ppm** De 10 à 16 ans : dentifrice ≃ **2500 ppm** Au-delà de 16 ans : dentifrice ≃ **5000 ppm**

maBouchemaSanté.fr — ufsbd www.ufsbd.fr

Frein de langue



La langue contribue au bon développement de la face. Lorsque le frein est trop court, la langue est bloquée dans la partie basse de la bouche.

Un frein de langue court qui n'aurait pas été diagnostiqué dans les premières années de l'enfant peut **être responsable de divers troubles** : malposition des dents ou de la mâchoire, palais trop étroit et creux, respiration buccale, sommeil agité, infections ORL à répétition, difficultés de mastication (morceaux durs), maintien de la déglutition infantile, difficulté à lécher une glace...

Cela peut également **affecter la prononciation** de l'enfant en occasionnant des troubles articulatoires. En effet, ce frein peut empêcher la formation d'une belle pointe de langue, nécessaire à la prononciation des sons t/d/n/l/s/z.

Dans l'ensemble de ces cas, il est conseillé de réaliser un bilan auprès d'un ORL, d'un stomatologue ou d'un chirurgien maxillo-facial. Ce bilan sera couplé à un bilan orthophonique et orthodontique.

À l'issue de ces bilans, si le frein est dit "court", **une rééducation orthophonique**, peut parfois être envisagée en premier lieu si le frein est dans un entre-deux et qu'une rééducation linguale peut permettre un allongement du frein. Dans les autres cas, **une chirurgie pourra être proposée**.

Traumatisme dentaire



Il faut agir très vite, la dent aura plus de chance d'être remise en place si le chirurgien-dentiste intervient rapidement.

Si une dent est déplacée :

- Ne pas faire de bain de bouche !
- Ne pas toucher à la dent !
- Consulter au plus vite !

Si la dent est tombée :

- Il faut intervenir très vite (dans l'heure qui suit la chute) pour la remettre en place.
- En attendant, il faut saisir la dent par la couronne et ne pas nettoyer la dent ou la brosser.
- Conserver la dent soit dans du sérum physiologique, soit dans du lait UHT, ou soit (le mieux), dans la salive de l'enfant (demander à celui-ci de cracher dans un récipient).

La réimplantation ne sera envisagée que pour les dents définitives. Les dents de lait ne sont jamais réimplantées !

Orthodontie



A tout âge ! L'orthodontie n'est pas seulement réservée aux enfants. En revanche, elle n'est plus remboursée par la sécurité sociale au-delà de 16 ans.

Malocclusion : mauvais alignement des dents supérieures et inférieures lors de la fermeture de la bouche.

Béance dentaire : espace entre les 2 arcades dentaires quand celles-ci sont en contact.

Rétrognathie mandibulaire : mâchoire inférieure trop en arrière donnant l'impression d'un menton fuyant et de fameuses « dents de lapin » (provoquée ou aggravée par la succion du pouce ou de la tétine). 30% des enfants avec ce type de malocclusion se fracturent les dents avant 15 ans en cas de chute.

Supraclusion : recouvrement trop important des incisives du bas par les incisives du haut. En d'autres termes les dents du haut cachent les dents du bas.

Encombrement : chevauchements dû à un manque d'espace, notamment avec l'apparition des dents définitives, plus grosses que les dents de lait (40% des enfants sont concernés entre 6 et 12 ans).

Articulé croisé ou inversé : les mâchoires du haut et du bas n'ont pas la même forme et doivent se décaler pour s'emboîter : provoquant une instabilité lors de la fermeture de la bouche.

Orthophonie



Les soins orthophoniques en prévention bucco-dentaire viseront :

- le bon placement de la langue au repos lors de la déglutition, lors de la parole,
- à apprendre à respirer avec le nez,
- à muscler toute la sphère oro-faciale.

Si l'orthophoniste (sur indication du chirurgien-dentiste, de l'orthodontiste, ou du médecin) a **diagnostiqué une déglutition atypique**,(dite aussi "primaire ou infantile") ou un trouble articulatoire, lors de son bilan, des **séances de rééducation** seront proposées pour traiter la déglutition dysfonctionnelle ou plus largement des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité, et/ou le trouble articulatoire.

La **motivation et l'investissement de l'enfant/l'ado et de sa famille** pour ces changements d'habitude ainsi que pour les exercices sont indispensables ; le partenariat entre l'enfant/l'adolescent et l'orthophoniste est essentiel.

Il est important de **choisir une période stable pour commencer la rééducation**. On pourra alors programmer une temporalité tout en respectant son rythme.

La langue forte de ses 17 muscles, les joues et les lèvres agissent sur le positionnement des dents. L'équilibre des forces musculaires dans la bouche garantit le bon placement des dents et la stabilité dans le temps du traitement orthodontique.

Alimentation équilibrée



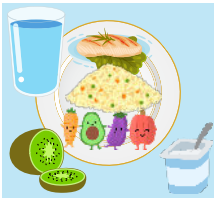


La pyramide alimentaire,
les grandes familles d'aliments :

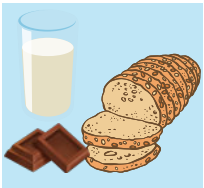
- Produits très sucrés/salés/gras
- Matières grasses et huiles
- Viande, poisson et œufs
- Lait et produits laitiers
- Féculents (légumineuses, céréales, etc.)
- Fruits et légumes

Petit déjeuner / Déjeuner





Goûter / Dîner





Zoom sur les sucres



Où trouve-t-on du sucre ajouté ?

- Desserts sucrés (produits laitiers, compotes, pâtisseries, glaces…),
- Boissons sucrées (sodas, sirop, boissons aux fruits, eaux aromatisées…),
- Viennoiseries, brioches, crêpes,
- Biscuits,
- Bonbons, sucettes, sucreries,
- Chocolat,
- Céréales pour le petit déjeuner,
- Confiture, pâte à tartiner,
- **Sucres cachés dans de nombreux aliments ultra-transformés** (désignés par un ou plusieurs des termes suivants dans la liste des ingrédients : saccharose, sucre, sirop de glucose-fructose, aspartame, dextrose, sirop de mélasse, concentré de jus de fruits etc.).

Les aliments « sans sucres » avec édulcorants (boissons, bonbons, chewing-gum…) ont un goût sucré qui entretient l'appétence, l'envie de manger sucré **et sont à éviter**.

Voici quelques conseils pour manger moins sucré :

- Boisson : eau pure,
- Réserver les boissons sucrées, sucreries pour les moments de fête,
- Choisir des aliments peu ou pas sucrés, sans sucres ajoutés,
- Varier les desserts et prioriser : fruits, compote, yaourt, fromage blanc, petits suisses,
- Pain au petit déjeuner,
- Varier les goûters : fruit, produit laitier, pain + chocolat.

En savoir +

Hygiène bucco-dentaire

Retrouvez toutes les infos dont vous avez besoin sur **mabouchemasante.fr** et sur le site **ameli.fr**

mabouchemasante.fr

Orthophonie

Prévention des troubles du langage et de la communication sur le site de prévention de la **Fédération Nationale des Orthophonistes.**

Autres outils :

- Plateforme pour les Troubles Oro-Myo fonctionnels : **respire-info.fr**
- **Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition** de Catherine SENEZ-SAUT *éd. Deboeck superieur.*
- **Orthophonie et Oralité** de Catherine Thibault *éd. Elsevier Masson.*

info-prevention-orthophonie.fr

Alimentation

Retrouvez tous les outils institutionnels du **Programme National Nutrition Santé.**

réseau-national-nutrition-santé.fr

Autres outils :

- Guides à télécharger sur **mangerbouger.fr :** "*Recommandations du PNNS pour les enfants et les adolescents*", "*Pas à pas, votre enfant mange comme un grand*".
- Le **Nutriscore**.