SANTÉ-BUCCO-DENTAIRE DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA FENTE LABIALE

Ressources pédagogique pour les professionnels de la santé

SmileTrain

FDI World Dental Federation

MANUEL DES FORMATEURS

Contenu élaboré par l'équipe de travail sur la santé bucco-dentaire dans le cadre des soins complets pour les fentes labiales :
P. Mossey, Muthu MS, S. Yan, M. Campodonico, L. Orenuga Rédacteurs en chef : P.Sheeran et R. England

Cette ressource pédagogique a été produite dans le cadre d'un partenariat entre la Fédération Dentaire Internationale et Smile Train, avec le soutien de GlaxoSmithKline Consumer Healthcare (GSK CH). GSK CH n'a exercé aucun contrôle éditorial, si ce n'est celui de veiller au respect des considérations/exigences légales et réglementaires. Le financement de l'élaboration de cette ressource pédagogique a été assuré par GSK CH.

SmileTrain | fdi FDI World Dental Federation

soutenu par : gsk

Contents

La santé bucco-dentaire dans la prise en charge globale des fentes labiales 4
Un manuel pour les formateurs de professionnels de la santé bucco-dentaire (OHP) 4
Introduction 4
But et objectif 4
Approche de l'apprentissage 4
Résultats de l'apprentissage 5
Nombre de participants 5
Sélection d'un lieu de formation 5
Qualités essentielles du formateur 5
Préparation du cours 6
Jour 1 8
Jour 2 26
Jour 3 42
Test avant le cours 53
Test post-cours 55
Évaluation du cours 64

Santé bucco-dentaire dans la prise en charge globale de la fente labiale

Introduction

Les fentes labiales et palatines (clivages) sont les anomalies congénitales les plus courantes du visage et de la bouche. Les fentes se produisent lorsque des parties de la lèvre ou du palais, ou des deux, ou du nez ne fusionnent pas au cours du développement embryonnaire. Cette affection peut être associée à des dents manquantes ou supplémentaires et à des malformations des dents et des structures faciales. Les enfants qui sont opérés pour une fente

sont souvent exposés à un risque accru de caries, de maladies parodontales et d'autres problèmes de santé et de bien-être bucco-dentaires au cours de leur croissance et de leur développement. Ces enfants ont besoin de soins dentaires réguliers pour assurer un suivi, une éducation, un soutien et un traitement adéquats afin de prévenir les maladies bucco-dentaires et d'atteindre la meilleure qualité de vie possible..

But et objectif

L'objectif de ce cours de trois jours est d'améliorer la santé bucco-dentaire et le bien-être à long terme des enfants qui subissent une chirurgie de la fente. Il est conçu pour s'assurer que tous les membres de l'équipe de soins fente sont conscients de l'importance de la santé orale et peuvent jouer un rôle actif dans la prévention des maladies bucco-dentaires.

Le matériel de cours est conçu autour de résultats d'apprentissage spécifiques et est présenté de différentes manières : Présentations PowerPoint, démonstrations pratiques, discussions de groupe et activités basées sur des scénarios.

L'objectif est qu'à l'issue de la formation, l'ensemble de l'équipe soit constituée de cliniciens confiants et compétents, capables d'appliquer leurs connaissances pour prévenir et diagnostiquer les maladies bucco-dentaires et de savoir quand orienter les patients.

Un autre objectif clé de l'atelier est que les professionnels de la santé bucco-dentaire (PSB) participants acquièrent les compétences nécessaires pour diffuser leurs connaissances auprès de leurs collègues dans leur hôpital ou leur clinique. Au début du cours,l'importance de transmettre les connaissances et les compétences nouvellement acquises est soulignée.

En tant que formateur, vous jouez un rôle essentiel dans cet atelier. Votre rôle de sensibilisation à la capacité de l'équipe à améliorer les soins bucco-dentaires est un élément clé de la formation. La combinaison de normes de formation médiocres, d'un statut professionnel peu élevé et de mauvaises conditions de travail signifie que, par le passé, les membres de l'équipe manquaient de compétences essentielles et sous-estimaient leur capacité à améliorer les résultats des patients.

Vous avez la possibilité d'éduquer, d'inspirer et d'habiliter.

Approche de l'apprentissage

La formation est organisée selon une séquence spécifique pour faciliter un apprentissage optimal, permettant aux stagiaires de prendre confiance dans leurs compétences grâce à un apprentissage interactif. Les tableaux figurant dans ce manuel indiquent le calendrier de chaque session, avec les objectifs d'apprentissage spécifiques, les activités, les stratégies et le matériel recommandé.

Grâce à l'application pratique de l'apprentissage, les participants amélioreront leurs compétences et leur compréhension afin que l'ensemble de l'équipe puisse fournir des soins de meilleure qualité. Le respect de chaque stagiaire est au cœur du cours et le partage d'expériences est encouragé tout au long de la formation.

L'accent mis sur l'apprentissage pratique est médiatisé par l'interaction entre le formateur et les stagiaires. Contrairement aux cours magistraux traditionnels, l'atelier utilisera diverses méthodes de formation ; outre les présentations PowerPoint, il y aura des démonstrations pratiques, des discussions de groupe, des occasions pour les participants de mettre en pratique leurs compétences et des activités basées sur des scénarios.

Au cours de la formation, il est important de revoir et de récapituler l'apprentissage pour aider les stagiaires à reconnaître et à retenir les informations. l'information. Cela peut se faire de plusieurs manières :

- Demandez aux participants de partager une nouvelle idée.
- Donnez-leur une brève interrogation orale sur les concepts qui ont été couverts.
- Offrez aux délégués la possibilité de participer à des discussions avec des pairs, des formateurs et des experts dans le domaine, afin de faciliter la compréhension et la mise en œuvre.
- Donnez aux stagiaires l'occasion d'utiliser les nouvelles compétences/le nouvel apprentissage lors de sessions de scénarios pratiques, par exemple en demandant : "Comment feriez-vous cela dans votre propre hôpital ?".

Résultats d'apprentissage

A la fin de ce cours, les participants :

- Seront conscients de l'importance de la santé bucco-dentaire.
- Sauront comment prévenir et identifier les maladies bucco-dentaires.
- Sauront à quel moment il convient d'orienter les patients.
- Seront préparés à diffuser ce qu'ils ont appris sur leur lieu de travail.

Nombre de participants

Un maximum de 25 participants par formation est recommandé. Ce nombre permet une expérience concrète et pratique et l'implication de tous les délégués.

En raison de la nature du cours, il est utile qu'un représentant de chaque membre de l'équipe soit présent, par exemple un médecin généraliste, un pédiatre, une infirmière, un travailleur social, un oto-rhino-laryngologiste, un orthophoniste et un audiologiste..

Sélection d'un lieu de formation

Le lieu doit pouvoir accueillir 25 participants. Il doit disposer de bureaux ou de tables et de chaises pour que les participants puissent apprendre dans un environnement de classe. Un projecteur est nécessaire tous les jours et une alimentation électrique constante est essentielle.

Idéalement, le lieu de formation doit comprendre un hébergement et une salle à manger afin de garantir une participation maximale et des horaires de début rapides**.**

Qualités clés des formateurs

Ils doivent être : organisés, préparés, ponctuels, professionnels, accessibles, patients, interactifs, humbles, bons communicateurs, attachants, sensibles, enthousiastes, gentils, attentionnés et à l'écoute.

Idéalement, le formateur doit avoir de l'expérience dans le domaine des soins bucco-dentaires pour les patients souffrant de fente labiale. Ce cours a été dispensé avec succès avec des traducteurs pour soutenir la formation ;

Toutefois, l'idéal serait que les formateurs soient en mesure d'enseigner directement aux participants dans leur langue maternelle.

Pour être un bon formateur de l'atelier sur la santé bucco-dentaire dans le cadre de la prise en charge globale de la fente, vous devez être :

- Connaître : veuillez revoir tout le matériel avant le cours, afin de bien comprendre les différentes sections et le déroulement du cours de trois jours.
- Engagé : veillez à suivre le plus fidèlement possible le programme et le matériel, qui ont été testés pour garantir leur efficacité.
- Patient : utilisez vos capacités d'écoute pour vous assurer que vos stagiaires retiennent les informations.
- Acceptation : chacun aura des antécédents et des niveaux d'expérience différents, mais n'oubliez pas qu'il s'agit de professionnels de la santé bucco-dentaire engagés qui s'occupent d'enfants souffrant de fentes labiales.
- Un formateur de formateurs : en tant que modèle, faites de votre mieux pour aider les stagiaires à comprendre ce qu'il faut pour être un bon formateur.

Préparation du cours

Le formateur doit être bien préparé avant le début de l'atelier et être très familier avec les diapositives de toutes les présentations. Si certaines informations ne sont pas claires, il doit consulter un représentant de la Fédération Dentaire Internationale ou de Smile Train. Nous leur recommandons d'imprimer les présentations sous forme de polycopié - six diapositives par page. Les formateurs pourront s'en servir pour se familiariser avec le contenu avant l'atelier. Les formateurs peuvent également utiliser les imprimés pendant la présentation pour identifier la diapositive suivante.

Au fur et à mesure que l'atelier progresse, les formateurs doivent continuer à planifier pour assurer le bon déroulement du programme.

Même si les formateurs se sont bien préparés, il est toujours possible que les participants posent des questions auxquelles ils ne peuvent pas répondre. Si cette situation se produit, les formateurs doivent remercier le participant pour sa question, reconnaître les limites de sa compréhension et promettre d'essayer de trouver la réponse pendant ou après la formation. La FDI et Smile Train attendent des participants et des formateurs qu'ils apprennent tout au long de leur vie.

Il est important d'engager le dialogue et de nouer des relations sociales avec les participants en dehors des sessions. En apprenant à connaître les délégués, les formateurs peuvent les aider à se sentir détendus et valorisés, ce qui favorisera leur apprentissage et leur sentiment d'autonomie.

Une gestion efficace du temps est essentielle. Les formateurs doivent s'efforcer de respecter le calendrier. Toutefois, si une session se prolonge, faites preuve de souplesse et accélérez une autre session ou raccourcissez la pause déjeuner afin de terminer la journée à temps. Parfois, les sessions se prolongent en raison d'un grand nombre de questions. Bien que les questions soient encouragées, les formateurs doivent également gérer le programme.

Préparation des sessions

Avant le début de la formation, il est de la responsabilité des formateurs de préparer la salle de formation. Assurez-vous que tous les matériaux et ressources nécessaires sont disponibles. Vérifiez que le projecteur fonctionne, qu'une rallonge est disponible et que l'ordinateur portable qui sera utilisé pour les présentations est compatible avec le projecteur. Vérifiez que les présentations seront visibles à l'écran pour tous les participants et réorganisez les sièges si nécessaire. Vérifiez si un clicker de présentation est disponible.
Remettez un horaire au responsable du lieu/de la restauration et assurez-vous qu'il est au courant des heures de pause et de déjeuner et de la nécessité d'être ponctuel.
Si possible, tous ces préparatifs doivent être effectués la veille de la formation. Le jour de la formation, les formateurs doivent arriver avant 7h30 pour effectuer les dernières vérifications, installer l'ordinateur portable, ouvrir toutes les présentations du premier jour et être prêts à accueillir les participants.

Accueil, présentations et attentes

Les formateurs doivent souhaiter la bienvenue aux participants et se présenter. Il est également recommandé que chaque participant se présente au groupe et indique son lieu de travail. Les participants et les formateurs doivent inscrire leur nom sur des étiquettes qu'ils porteront tout au long de l'atelier.

Au cours de cette session, les formateurs doivent expliquer aux participants ce qu'ils attendent de la formation, notamment le respect des délais, l'arrêt des téléphones portables, la nécessité de la participation des stagiaires, la liberté de poser des questions, le respect et le soutien mutuel, l'écoute des autres et le partage des nouvelles compétences/informations avec d'autres professionnels de la santé bucco-dentaire à leur retour dans leurs hôpitaux partenaires.

Les formateurs doivent également expliquer que les participants devront effectuer des activités pratiques devant le groupe et souligner qu'il s'agit d'un environnement sûr dans lequel ils peuvent s'exercer et apprendre de leurs erreurs.

Les formateurs doivent fournir à chaque participant un formulaire d'évaluation, expliquer l'importance de remplir ces formulaires et préciser qu'ils seront collectés à la fin de la dernière journée de formation.

L'objectif de cette session est de fixer des normes et des attentes, mais aussi de créer un environnement d'apprentissage détendu pour les participants.

Test préalable au cours

Un test de pré-cours à choix multiples doit être fourni à chaque participant pour évaluer ses connaissances au début de l'atelier. Il est important de présenter le test, d'expliquer qu'il y a 10 questions comportant chacune 5 réponses (a-e). Les participants doivent répondre par Vrai ou Faux à chaque affirmation a-e.

Les formateurs doivent insister sur le fait que le but du test n'est pas de mettre en évidence les points faibles des participants ou de les comparer à d'autres participants, mais de leur permettre de constater leurs progrès au cours de la formation. Les tests doivent être réalisés de manière indépendante par chaque participant, sans consulter personne d'autre ni aucun matériel extérieur.

Les tests avant et après le cours sont inclus dans le paquet de matériel de cours fourni au formateur. Le test préalable au cours doit être noté par le formateur et rendu au participant vers l'heure du déjeuner le premier jour de la formation.

JOUR 1 1

EMPLOI DU TEMPS

Heure
08.00
08.15 – 08.45
08.45 – 09.15
09.15 – 09-30
09.30 – 10.00
10.00 – 10.30
10.30 – 11.00
11.00 – 11.30
11.30 – 12.30
12.30 – 13.30
13.30 – 14.30
14.30 – 14.45
14.45 – 15.45
15.45 – 16.15

Session	Matériel requiq	Activités de l'apprenant
Enregistrement	• Feuille d'émargement • Etiquettes nominatives/badges	
Accueil et prése,tations		• Se présenter
Test préalable au cours	• Questionnaire à choix multiples	• Questionnaire complei
Plan du cours et objectif		
Collaboration interprofessionnelle et soins des fentes	• Notes autocollantes • Marqueurs • Tableau à feuilles • PowerPoint	• Small group discussion
Pause		
The definition and causes of orofacial clefts	• Notes autocollantes • Marqueurs • Tableau à feuilles • PowerPoint	Discussion en petits groupes
Prevention des fentes	• Notes autocollantes • Marqueurs • Tableau à feuilles PowerPoint	• Discussion en petits groupes
Conditions de santé bucco-dentaire généralement associées à la fente	• Notes autocollantes • Marqueurs • Tableau à feuilles • PowerPoint	
Déjeuner		
Classification LAHSAL	• Notes autocollantes • Marqueurs • Tableau à feuilles • PowerPoint	Discussion en groupes
Pause		
Identification des taches blanches, des taches brunes et des caries	• PowerPoint	• Séance de remue-méninges • Exercice : Nommez 10 aliments ou boissons qui peuvent contribuer à la formation de caries dentaires.
Fin du jour 1	• Quiz récapitulatif	- Rappelez aux participants de revoir les documents d'aujourd'hui.

DAY 1 - INTERPROFESSIONAL COLLABORATION AND CLEFT CARE

Sujet	**Collaboration interprofessionnelle et soins des fentes**		
Objectifs d'apprentissage	Comprendre l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge des personnes atteintes de fentes labiales		
Activité d'apprentissage	Description	Heure	Matériel requis
	Séance de remue-méninges • Demandez aux participants combien de professions différentes sont impliquées dans la prise en charge des personnes atteintes de fente labiale ? • Demandez aux participants pourquoi ils pensent que la collaboration interprofessionnelle est importante dans le domaine de la santé bucco-dentaire et des soins pour les fentes labiales ? **Discussion en petits groupes** • **Discutez de la façon dont vous pourriez améliorer la collaboration interprofessionnelle dans votre clinique/hôpital.** • **Discutez de la façon dont vous pouvez aider les familles à surmonter les obstacles à l'accès aux soins.** • **- Révision et récapitulatif**	30 mins	Notes autocollantes Marqueurs Tableau à feuilles mobiles PowerPoint

Qu'est-ce que la collaboration interprofessionnelle ?

La collaboration interprofessionnelle se définit comme la collaboration entre deux ou plusieurs professions de santé, avec la participation du patient, afin de garantir des choix éclairés et autonomes. La prise de décision partagée améliore les relations entre les patients et les professionnels, ainsi que les résultats en matière de santé.

Les professions et les prestataires de soins de santé impliqués dans la prise en charge des personnes atteintes de fente.

- Chirurgien cranio-facial : chirurgien plasticien spécialisé dans le diagnostic et le traitement des affections du crâne, des os du visage et des tissus mous, qui travaille en étroite collaboration avec d'autres spécialistes pour coordonner un plan chirurgical ;
- Pédiatre : médecin spécialisé dans les soins aux enfants, qui suit l'enfant au fur et à mesure de sa croissance et aide à coordonner les multiples spécialistes impliqués ;
- Orthodontiste : spécialiste dentaire s'occupant du développement du visage, des mâchoires et des dents, qui évalue la position et l'alignement des dents de l'enfant et coordonne un plan de traitement avec le chirurgien et les autres spécialistes ;
- Dentiste pédiatrique : spécialiste dentaire qui évalue et soigne les dents des enfants ;
- Hygiéniste dentaire : un professionnel de la santé bucco-dentaire qui est compétent pour le nettoyage des dents et qui aide à la prévention des maladies bucco-dentaires ;
- Orthophoniste : un professionnel qui effectue une évaluation complète de la parole afin d'évaluer les capacités de communication et qui soutient et suit de près les enfants souffrant d'une fente ;
- Oto-rhino-laryngologiste : spécialiste de l'oreille, du nez et de la gorge qui traite les infections de l'oreille ou la perte d'audition qui peuvent être des effets secondaires de la fente labiale d'un enfant ;

- Audiologiste : un professionnel de l'audition qui aide à l'évaluation et à la gestion des difficultés auditives ;
- Conseiller génétique : un professionnel qui aide au diagnostic des conditions génétiques et conseille les familles sur le pronostic des futures grossesses ;
- Infirmière coordinatrice de l'équipe : une infirmière diplômée qui a de l'expérience en soins pédiatriques et assure la liaison entre la famille et l'équipe chargée de la fente.
- Travailleur social : un professionnel qui guide et conseille l'enfant et sa famille et les aide à trouver des ressources communautaires et à s'orienter vers des groupes de soutien.

Importance de la collaboration interprofessionnelle entre les prestataires de soins bucco-dentaires et l'équipe élargie de soins des fentes labiales

Les bébés nés avec un bec-de-lièvre ont des besoins importants auprès d'un large éventail de spécialités médicales, et les soins qu'ils reçoivent dépendent de nombreux facteurs, notamment la distance par rapport à la clinique, le coût du traitement et les connaissances et croyances des parents. La qualité de vie des enfants peut être affectée s'ils ne sont pas en mesure d'accéder à toute la gamme des services, en particulier l'orthophonie et les soins bucco-dentaires.

Il est donc essentiel que tous les prestataires de soins de santé communiquent efficacement avec la famille, l'enfant et les soignants et qu'ils orientent vers d'autres services afin de s'assurer que l'enfant reçoit un traitement et un soutien adéquats.

Les soins bucco-dentaires étant souvent inaccessibles aux enfants atteints de fente, il est important que l'ensemble de l'équipe soignante comprenne les maladies bucco-dentaires et les moyens de les prévenir. La capacité et la confiance de tous les

La capacité et la confiance de tous les membres de l'équipe fente à "soulever la lèvre" et à vérifier la santé de la cavité buccale est un facteur important pour maintenir la santé et le bien-être des patients souffrant de fentes labiales.

Résultats d'apprentissage : Les participants comprendront l'importance de la collaboration interprofessionnelle lors du traitement des patients souffrant de fentes.

DAY 1 - THE DEFINITION AND CAUSES OF OROFACIAL CLEFTS

Sujet	**Vue d'ensemble des fentes**		
Objectifs d'apprentissage	Comprendre la définition et les causes du bec-de-lièvre.		
Activité d'apprentissage	Description	Durée	Matériel requis
	Discussion en petits groupes • Demandez aux participants s'ils comprennent comment les fentes se développent au cours du développement embryonnaire. • Demandez aux participants de citer les causes des fentes. • Passez en revue et récapitulez.	30mins	Notes autocollantes Marqueurs Tableau à feuilles mobiles PowerPoint

Définition de la fente

Les fentes sont la différence de naissance la plus courante affectant la structure du visage et de la cavité buccale. Les fentes se produisent lorsque des parties de la lèvre et/ou du palais et du nez ne fusionnent pas au cours du développement embryonnaire.

Elles peuvent être divisées en trois catégories générales :

(1) la fente palatine seule ;

(2) fente labiale unilatérale ou bilatérale, avec ou sans fente alvéolaire ;

(3) fente labiale et fente palatine unilatérale ou bilatérale. Elles sont toutes désignées sous le nom de fentes orofaciales.clefts.

Comment les fentes se développent-elles ?

Au moment de la première échographie, au cours de laquelle les structures faciales du fœtus peuvent déjà être identifiées, une fente labiale ou palatine sera déjà apparue. Le développement des structures et de la forme du visage se produit tôt dans la gestation du bébé, entre la quatrième et la huitième semaine.

Au cours de la quatrième semaine de développement, une série de six renflements appariés, droit et gauche, se forment près de l'extrémité crânienne, ou tête, du fœtus. On les appelle les arcs branchiaux. Les arcs branchiaux se développent en structures importantes de la tête et du cou, ainsi qu'en artères principales de la poitrine. Le premier arc branchial développe des structures appelées proéminences maxillaire et mandibulaire, qui forment finalement le squelette, la peau, les muscles et d'autres structures des mâchoires supérieure et inférieure, respectivement le maxillaire et la mandibule. Au centre de la partie supérieure de la face, une structure appelée proéminence frontonasale, distincte des arcs branchaires, forme, entre autres, les narines et le philtrum.

Les proéminences maxillaires médianes fusionnent avec la proéminence frontonasale pendant cette période. L'échec de ce processus entraîne une fente labiale.

Le palais est également formé par la fusion de la proéminence frontonasale et des proéminences maxillaires. Bien que le palais semble être une structure complète, il se compose d'un palais primaire, situé derrière les dents de

devant, et d'un palais secondaire, qui comprend la majorité du palais dur et du palais mou. Ceux-ci sont séparés par un trou dans l'os palatin appelé foramen incisif. Les deux côtés du palais secondaire commencent à fusionner au cours de la huitième semaine de développement. L'échec de la fusion entraîne une fente palatine.

DAY 1 - THE DEFINITION AND CAUSES OF OROFACIAL CLEFTS

Genetics of cleft lip and palate

Entre 30 et 50 % des fentes sont liées à des facteurs génétiques. Les fentes peuvent être classées comme syndromiques ou non syndromiques.

La cause d'une fente syndromique peut être associée à une mutation génétique, à des aberrations chromosomiques, à des agents tératogènes ou à des facteurs environnementaux. La majorité des fentes sont non syndromiques, ce qui signifie que la fente se produit seule, sans autre condition associée. Ces fentes apparaissent généralement en présence d'une susceptibilité génétique ou de facteurs environnementaux.

Les fentes non syndromiques sont plus fréquentes chez les hommes, avec un rapport hommes/femmes d'environ 2:1.

Les caractéristiques génétiques de la fente palatine non syndromique sont également conformes au modèle du seuil multifactoriel (MFT), mais l'incidence est plus faible et le risque de récidive est différent. Il existe plus de 600 syndromes avec une fente labiale ou palatine comme caractéristique associée, mais tous ne sont pas héréditaires.

Épidémiologie des fentes labiales et palatines

Au niveau mondial, les fentes touchent environ 1 naissance vivante sur 700.

L'incidence varie largement en fonction de l'origine géographique, du groupe racial et ethnique, des expositions environnementales et du statut socio-économique. Les populations asiatiques et amérindiennes ont rapporté des taux de prévalence aussi élevés qu'un sur 500. Les populations européennes et américaines ont en moyenne une prévalence d'environ un sur 1000, tandis que les populations africaines ont une prévalence rapportée proche de un sur 2500.

Résultats de l'apprentissage : Les participants seront en mesure de comprendre la génétique et l'épidémiologie du bec-de-lièvre.

JOUR 1 - PRÉVENTION DE LA FENTE

Sujet	**Vue d'ensemble des fentes**		
Objectifs d'apprentissage	Comprendre la prévention du bec-de-lièvre.		
Activité d'apprentissage	Description	Durée	Matériel requis
	Séance de remue-méninges ○ Demandez aux participants leurs idées sur la manière de prévenir le bec-de-lièvre. ○ **Discussion en petits groupes** ○Demandez aux participants comment ils pourraient parler de la prévention du bec-de-lièvre aux patients qui envisagent de fonder une famille. • qui envisagent de fonder une famille, de la prévention du bec-	30mins	Notes autocollantes Marqueurs Tableau à feuilles mobiles PowerPoint

	de-lièvre. ○Révision et récapitulatif. •		

Examen prénatal et conseil génétique

Pour les familles ayant des antécédents de fente orofaciale, un examen prénatal et un conseil génétique doivent être effectués. Le diagnostic de fente lors d'un examen échographique prénatal de routine peut aider à préparer la famille.

Nutrition maternelle et fente labiale et palatine

C'est un bon conseil de santé publique que de recommander aux femmes, avant la conception et en début de grossesse, d'avoir une alimentation saine et variée et de prendre des suppléments vitaminiques si nécessaire. De nombreuses études ont indiqué une association entre l'utilisation par la mère de suppléments multivitaminés en début de grossesse et la diminution du risque de fentes orofaciales.

Supplément d'acide folique

L'acide folique est une vitamine B qui peut avoir un effet protecteur contre certaines fentes orofaciales lorsqu'elle est prise avant la conception. Il est déjà largement recommandé pour son rôle de protection contre les anomalies congénitales neurales telles que le spina-bifida et l'anencéphalie. La prise d'un supplément quotidien par toutes les femmes qui planifient une grossesse est la recommandation du service de santé publique américain, approuvée par l'Académie américaine de pédiatrie (AAP). Un supplément de 400 microgrammes d'acide folique par jour réduit jusqu'à 70 % l'incidence des anomalies du tube neural.

- L'incertitude règne quant au rôle des autres vitamines dans la prévention du bec-de-lièvre.

Médicaments pendant la grossesse

Il a été démontré que certains médicaments peuvent avoir un effet sur le développement du fœtus :

- les médicaments anticancéreux et anticonvulsivants ;
- les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les analgésiques ;
- des antibiotiques tels que l'oxytétracycline, la tétracycline et l'amoxicilline ;
- les stéroïdes tels que les glucocorticoïdes ou la cortisone.

Le risque de naissance d'un enfant avec une fente peut être presque trois fois plus élevé si la mère prend des médicaments pendant le premier trimestre. Il convient d'être très prudent si des médicaments sont nécessaires au début de la grossesse et de consulter un médecin.

L'alcool et le tabac

Fumer et boire en début de grossesse augmente le risque de fente. Le tabagisme passif comporte un risque similaire, de sorte que les partenaires et autres contacts proches des femmes enceintes doivent éviter de fumer ou réduire leur consommation. La contamination environnementale et la pollution contribuent également au risque.

Prévention du diabète sucré gestationnel et de l'obésité maternelle

Le diabète sucré gestationnel peut augmenter le risque de fente labiale et palatine. Les mères doivent demander un avis médical sur leurs habitudes alimentaires.

- Pour les patientes atteintes de diabète sucré avant la grossesse, la glycémie doit être contrôlée et surveillée de près par l'équipe médicale tout au long de la grossesse.

- Pour les femmes enceintes atteintes de diabète sucré gestationnel, la pression artérielle, la glycémie, les fonctions hépatiques et rénales et la santé du fœtus doivent être étroitement surveillées.

- Un certain nombre d'études ont également mis en évidence que l'obésité maternelle est un facteur qui augmente le risque d'avoir un

enfant présentant une fente.

.

Contrôle du stress

- Le stress physique et/ou émotionnel peut être impliqué dans l'apparition de fentes orales.
- L'anxiété, la dépression et d'autres états psychologiques négatifs pendant la grossesse peuvent avoir une incidence sur l'apparition de fentes labiales et palatines, par le biais d'un dérèglement hormonal.
- Il est important d'adopter une attitude positive pendant la grossesse..

Résultats de l'apprentissage : Les participants seront capables de faire des recommandations sur la prévention des fentes.

JOUR 1 - PROBLÈMES DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE COURAMMENT ASSOCIÉS À LA FENTE LABIALE

Sujet	**Maladies associées à la fente**		
Objectifs d'apprentissage	Comprendre les maladies et les conditions communément associées à la fente, comme les caries et la malocclusion.		
Activité d'apprentissage	Description	Durée	Matériel requis
	Séance de remue-méninges ○ Demandez aux participants quelles sont les affections buccales courantes associées à la fente. ○ Inscrivez les réponses des participants sur un tableau à feuilles mobiles. ○ Développez les réponses. • - Passez en revue et récapitulez.	60 mins	Notes autocollantes Marqueurs Tableau à feuilles mobiles PowerPoint

L'importance de dents primaires saines

- Les dents primaires sont importantes pour les enfants car elles
  - Permettent aux enfants de mastiquer et de manger correctement.
  - Elles aident l'enfant à parler plus clairement.
  - Elles maintiennent un espace pour l'éruption des dents adultes.
  - Elles guident les dents adultes en place.
  - Elles aident à façonner le visage de l'enfant.
  - Prévenir les caries de la petite enfance.
  - Réduire au minimum les frais dentaires futurs.
  - Compenser la nécessité d'un traitement orthodontique ultérieur.
  - Réduire le risque de caries dans les dents permanentes.
- Les contrôles dentaires sont importants car les nourrissons souffrant d'une fente labiale s'habituent à ce que des soignants de confiance touchent l'intérieur de leur bouche.

Les enfants souffrant de fentes échappent rarement aux complications dentaires Cela peut être attribué à :

- une sécheresse buccale due à des habitudes de respiration buccale ;
- un nettoyage moins naturel des dents en raison de la morphologie ;
- un régime alimentaire ou des habitudes alimentaires variables ;
- des anomalies dentaires ;
- une consommation accrue de médicaments sucrés ;
- temps de clairance orale retardé pour les aliments.

Caries de la petite enfance

La carie de la petite enfance (CPE) est définie comme la présence d'une ou plusieurs surfaces dentaires cariées, manquantes (en raison de la carie) ou obturées sur une dent primaire. La carie de la petite enfance sévère se caractérise par une forme particulière de carie dentaire chez les nourrissons et les jeunes enfants, qui commence souvent sur les dents antérieures du maxillaire et progresse rapidement vers les autres dents primaires au moment de leur éruption. L'ECC peut commencer à se développer dès l'éruption des dents dans la bouche, à l'âge de 6 à 10 mois, d'où l'importance d'une évaluation précoce de la santé bucco-dentaire et des traitements par vernis fluoré.

CARIES DE LA PETITE ENFANCE

Pedo Planet - Centres dentaires pour enfants, (Chennai, New Delhi), Inde. Centre de recherche sur les caries de la petite enfance (CECCRe), Sri Ramachandra Institute of Higher Education and Research, Chennai, Inde

Hygiène buccale

Les patients souffrant d'un bec-de-lièvre ont du mal à maintenir une bonne hygiène buccale en raison de leur locclusion.

Les caries étendues et la perte prématurée des dents affectent la fonction masticatoire, le développement des choires et la correction de la malocclusion chez les patients atteints de fente. La population n'est pas suffisamment sibilisée aux mesures d'hygiène bucco-dentaire pour les nourrissons, par exemple comment nettoyer les dents de lait, nd commencer à le faire, quelles aides à l'hygiène bucco-dentaire utiliser, et le choix du dentifrice et de la brosse à ts.

Les maladies parodontales

Il existe deux types de maladies parodontales : la gingivite et la parodontite. Le stade précoce des maladies odontales est la gingivite :

- La gingivite survient lorsque les gencives autour des dents deviennent rouges, gonflées et saignent lors du brossage ; elle est réversible si elle est traitée rapidement.
- Le premier signe peut être du sang sur la brosse à dents ou après avoir craché.
- Dans de nombreux cas, les personnes souffriront d'halitose (mauvaise haleine).

Le stade avancé de la maladie parodontale est la parodontite.

La parodontite est surtout observée chez les adultes. À mesure que la maladie parodontale progresse, le biofilm de la plaque se déplace sous la marge gingivale et détruit les fibres parodontales et l'os qui soutient les dents, ce qui rend les dents mobiles.

La prévention des maladies des gencives est essentielle car la parodontite est irréversible et peut entraîner la perte des dents. Avec un traitement approprié, elle peut être stoppée.

Les dents atteintes de parodontite peuvent causer de nombreux problèmes, notamment servir de source d'infection locale ou systémique, affecter l'alimentation, la parole et la qualité de vie en général. Les dents peuvent tomber de leur alvéole et être inhalées ou ingérées, ce qui peut conduire à une urgence médicale et affecter l'estime de soi.

Il est essentiel de prévenir et de traiter les maladies parodontales dès le plus jeune âge.

MALADIE PARODONTALE

Les maladies parodontales sont induites par la plaque dentaire. Si elle n'est pas éliminée, les minéraux présents dans la salive se calcifient, formant du tartre, qui doit être éliminé par un professionnel de la santé bucco-dentaire. Si la plaque dentaire s'accumule, les bactéries pathogènes et les toxines augmentent, ce qui déclenche une réponse inflammatoire du système immunitaire du patient. La combinaison de l'inflammation et des déchets bactériens détruit les structures qui maintiennent la dent en place.

Autres facteurs de risque de la maladie parodontale

Outre le biofilm buccal, d'autres facteurs de risque locaux et systémiques accélèrent l'apparition des maladies parodontales.

Les facteurs locaux sont ceux qui influencent directement l'état de santé parodontale, notamment une mauvaise hygiène buccale, le tartre dentaire, les facteurs anatomiques, l'encombrement et la malocclusion des dents, l'occlusion traumatique, une alimentation riche en glucides, le tabagisme et l'impaction alimentaire.

Les facteurs systémiques réduisent la résistance de l'organisme ou augmentent sa sensibilité à la plaque dentaire, tels que la réaction immunitaire du patient, le diabète sucré, les facteurs hormonaux, la malnutrition, les maladies hématologiques, le stress et les facteurs génétiques.factors.

Comment peut-on prévenir les maladies parodontales ?

- principalement par une bonne hygiène buccale, notamment par l'élimination mécanique du biofilm, comme le brossage des dents et le nettoyage interdentaire ;
- un contrôle dentaire régulier et un nettoyage et un détartrage professionnels ;
- la responsabilisation des personnes pour qu'elles prennent soin de leur santé générale et de leur santé bucco-dentaire dès le plus jeune âge ;
- la promotion des changements de comportement nécessaires pour prévenir ces affections.

Comment éliminer la plaque dentaire ?

- Un brossage efficace et un nettoyage interdentaire sont les principaux moyens d'éliminer la plaque dentaire ;
- un traitement professionnel de santé bucco-dentaire tel que la prophylaxie orale ;
- l'éducation à la santé bucco-dentaire est essentielle pour une hygiène bucco-dentaire adéquate et la compréhension des maladies parodontales.

PLAQUE DENTAIRE

Malocclusion dans la phase infantile

z les patients présentant une fente labiale et palatine complète, la lèvre supérieure, le palais mou et le palais dur sont complètement cassés, équilibre musculaire à l'intérieur et à l'extérieur de la cavité buccale du patient est perturbé. La force avant reçue par le maxillaire est plus e que la force du muscle labial antérieur, ce qui entraîne un déplacement du maxillaire du patient. Le cartilage de la cloison nasale et de la melle nasale du patient se développe mal.

Malocclusion dans la phase de dentition primaire et de dentition mixte

raison de l'impact de la chirurgie de réparation de la fente labiale et palatine, le développement osseux maxillaire des patients est souvent ffisant. Dans des circonstances normales, la malocclusion des patients dans la période de la dentition caduque n'est souvent pas grave. Avec oissance et le développement des dents, elles présentent progressivement des malocclusions évidentes. Les malocclusions les plus courantes les suivantes :

- occlusion croisée antérieure ;
- articulé croisé postérieur ;

- hypodontie antérieure maxillaire ou dents surnuméraires ;
- dents antérieures supérieures mal alignées ou en rotation ;
- relation molaire anormale.

Malocclusion dans la dentition permanente

Les recherches montrent qu'après la réparation d'une fente labiale et palatine, la prévalence de la malocclusion est de 97 %. Tous les patients présentant une fente labiale et palatine complète présentent une malocclusion de la dentition permanente.

Parmi les malocclusions associées à la fente labiale, les plus courantes sont l'occlusion croisée et l'encombrement des dents supérieures. Chez les patients présentant à la fois une fente labiale et palatine, les dents proches de la fissure apparaissent souvent déformées et manquantes, et plus loin de la fissure, il peut y avoir des dents manquantes ou surnuméraires. La déviation de la ligne médiane maxillaire est fréquente chez les patients présentant une fente labiale et palatine unilatérale.

Anomalie de l'éruption dentaire et du nombre de dents

Une taille et une position anormales des dents sont souvent présentes chez les patients présentant une fente. Les patients présentant une fente labiale et palatine complète unilatérale ont une dysplasie et une torsion des incisives centrales supérieures adjacentes à la fente. Chez les patients présentant une fente labiale et palatine complète bilatérale, les deux incisives centrales supérieures présentent souvent une dysplasie et une torsion. D'autres caractéristiques peuvent inclure

- un retard au moment de l'éruption des dents permanentes et une séquence d'éruption anormale ;
- hypodontie : la forme la plus courante de dents manquantes est l'absence congénitale de l'incisive latérale concernée avec une fente palatine maxillaire ;
- dents surnuméraires : des dents supplémentaires apparaissent souvent près des fissures ;
- anomalie de la structure dentaire : une hypocalcification et une dysplasie de la deuxième prémolaire apparaissent souvent.

La forme et la symétrie de l'arcade dentaire

Après la réparation de la fente labiale et palatine, la fente diminue progressivement, et le segment maxillaire se remodèle et se rapproche sous l'action du muscle labial. Environ 50 % des patients présentant une fente labiale et palatine complète unilatérale ou bilatérale présentent des degrés divers d'asymétrie de l'arcade dentaire maxillaire, et les patients présentant une fente palatine simple ne présentent aucune asymétrie de l'arcade dentaire maxillaire.

.

MALOCCLUSION ET DENTS MANQUANTES

Résultats de l'apprentissage : Les participants seront capables de reconnaître les conditions associées possibles des fentes orofaciales.

JOUR 1 – CLASSIFICATION DE LAHSAL

Sujet	**Classification de LAHSAL**		
Objectifs d'apprentissage	Les participants comprendront la classification LAHSAL et sauront comment l'appliquer.		
Activité d'apprentissage	Description	Durée	Matériel requis
	Séance de brainstorming ○ Comment les participants classent-ils les fentes actuellement ? • Discussion de groupe Présentez le LAHSAL. ○ Demandez aux participants de s'exercer à appliquer LAHSAL à différents scénarios. • Révision et récapitulatif	60mins	Notes autocollantes Marqueurs Tableau à feuilles mobiles PowerPoint

Qu'est-ce que la classification LAHSAL pour les fentes labiales et palatines ?

LAHSAL est une méthode précise et anatomique de classification des fentes. Elle est basée sur un tableau de codage qui enregistre six zones de la bouche. Elle a été largement adoptée car elle est
- simple, afin d'être acceptée ;
- concise, pour être enregistrée avec précision ;
- flexible, pour tenir compte des présentations rares
- exacte, pour faciliter l'analyse statistique
- morphologique, pour permettre une évaluation visuelle ;
- graphique, pour représenter la fente d'une manière claire.

Que signifient les lettres ?

Les lettres représentent la lèvre (L), l'alvéole (A), le palais dur (H) et le palais mou (S). Ainsi, la latéralité de chaque zone anatomique, à l'exception du palais mou, peut être enregistrée. Le côté gauche du patient est enregistré en premier, suivi du côté droit.

Qu'en est-il des fentes complètes et incomplètes ?

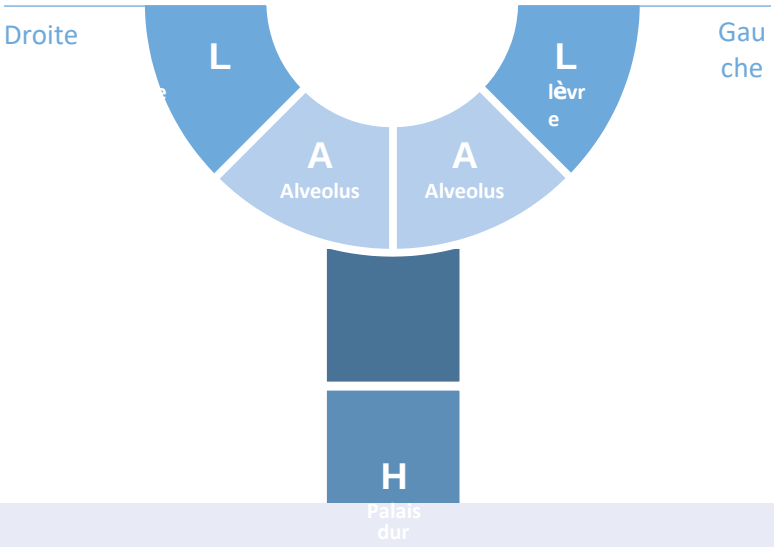
Le caractère complet de la fente peut également être enregistré : les fentes incomplètes sont représentées par des lettres minuscules, tandis que les lettres majuscules représentent une fente complète. S'il n'y a pas de fente, un tiret _ est utilisé.
L'enregistrement des microformes, ou des fentes incomplètes, est possible grâce à l'utilisation d'un astérisque qui remplace la lettre de la zone anatomique concernée.

Quels sont les avantages de LAHSAL par rapport aux autres classifications ?

Le principal avantage de la classification LAHSAL est qu'elle permet une description et un enregistrement précis et concis de chaque fente orofaciale typique non syndromique. Le degré de complétude ainsi que la latéralité et aussi les microformes, ou bande de Simonarts, un pont épithélial à travers la fente, peuvent tous être enregistrés. Ceci ne s'applique pas à la plupart des autres classifications.

Quelle est la difference entre LAHSAL et LAHSHAL ?

Ils sont synonymes ; LAHSHALa été développé en 1989, ais simplifié plus tad par le the Royal College of Surgeons of England pour exclure le deuxième "H." Cependant, cela excluait la possibilité de classifier des fentes unilatérales du palais dur, une caractéristique qui se produit uniquement lorsque l'une des tablettes palatines fusionne avec le septum nasal.



Résultats de l'apprentissage : Les participants comprendront la classification LAHSHAL.

JOUR 1 - IDENTIFICATION DES TACHES BLANCHES, DES TACHES BRUNES ET DES CARIES

Sujet	**Taches blanches, taches brunes et caries**		
Objectifs d'apprentissage	Les participants comprendront comment identifier les lésions carieuses précoces.		
Activité d'apprentissage	Description	Durée	Matériel requis
	Discussion en petits groupes **- photos de taches blanches/ surfaces hypoplastiques ;** **- photos de taches brunes/caries arrêtées ;** **- photos de caries sur différentes surfaces de chaque type de dent ;** **- le présentateur explique - toutes les variations ci-dessus sont différentes formes et étapes de la carie dentaire.** **- Révision et récapitulation.** •	60mins	PowerPoint

Caries de la petite enfance (CPE)

Il a été démontré que les enfants souffrant de fentes présentent des niveaux plus élevés de caries, en particulier de caries de la petite enfance (CPE). La carie de la petite enfance diffère de la carie de l'adulte en ce sens qu'elle entraîne une destruction rapide des tissus durs et qu'elle présente divers facteurs de risque. La carie de la petite enfance est en grande partie évitable, mais son incidence augmente de manière significative dans le monde. La CEC peut avoir un effet négatif important sur le développement et le bien-être de l'enfant.

Les facteurs de risque importants pour le développement de l'ECC chez les jeunes enfants sont l'utilisation prolongée du biberon, en particulier la nuit, l'utilisation d'édulcorants cariogènes et la consommation fréquente de sucres libres.

Étiologie des caries

Pour que la carie dentaire apparaisse, quatre facteurs doivent être présents :

- la surface de la dent, qui est composée de cristaux d'hydroxyapatite ;
- les bactéries de la plaque dentaire ;
- les glucides fermentescibles, tels que le sucre ;
- le temps.

La plaque dentaire, également appelée biofilm, est une couche molle et collante qui adhère à la surface de la dent. Le biofilm est principalement composé de micro-organismes buccaux et de protéines présentes dans la salive.

Une fine couche de protéines salivaires se dépose sur la surface de la dent pour former la "pellicule d'émail acquise". Une fois cette couche formée, les bactéries, les micro-organismes buccaux, adhèrent à cette pellicule, formant le biofilm.

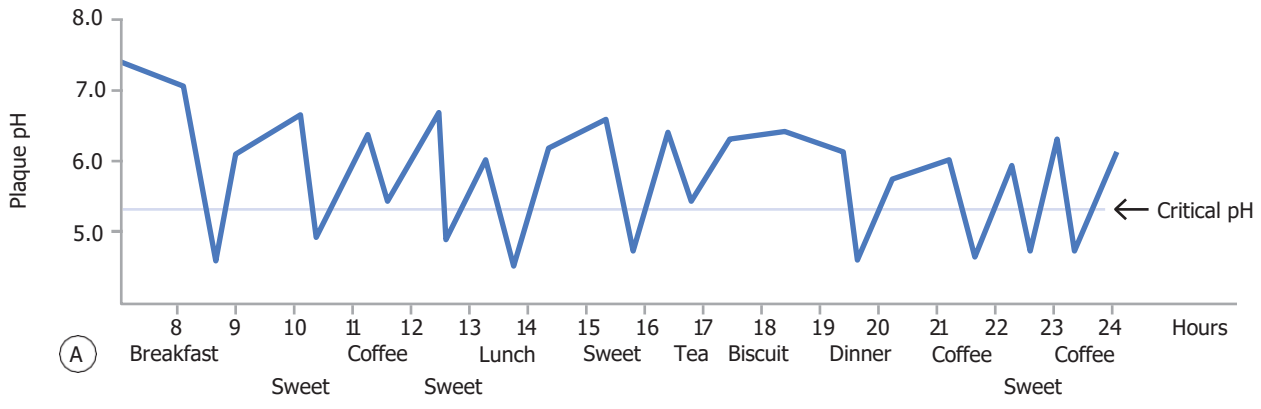
Celui-ci est caractérisé par des bactéries acidogènes, telles que Streptococcus Mutans. Lorsque l'enfant consomme des sucres libres, les bactéries métabolisent les glucides en déchets acides, ce qui fait chuter le pH de la bouche. Les minéraux essentiels sont lessivés de la structure dentaire, ce qui entraîne une déminéralisation.

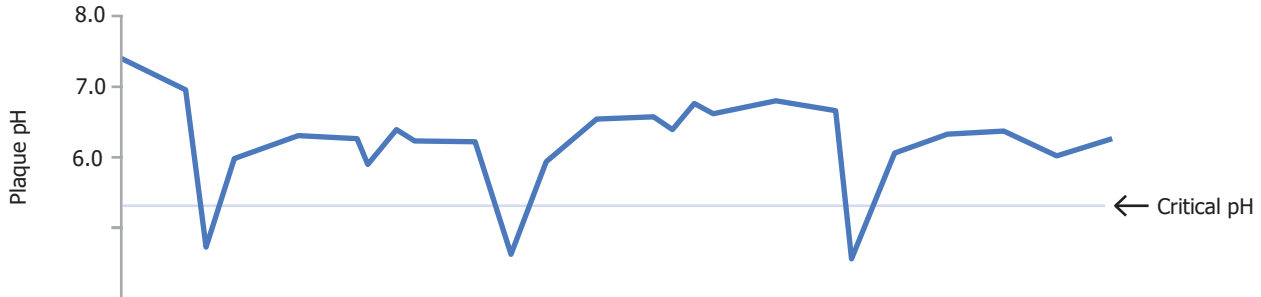
Dans un environnement buccal sain, la production de salive élimine cet environnement acide en l'espace d'environ 30 à 40 minutes, et la reminéralisation se produit. C'est ce que démontre la courbe de Stephan.

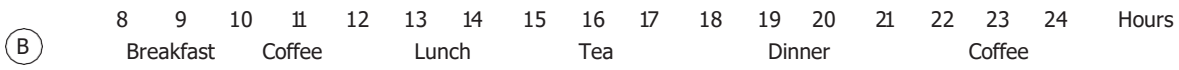
Cependant, si l'enfant a une hygiène bucco-dentaire sous-optimale et consomme fréquemment des sucres libres ou des glucides fermentescibles, la bouche reste dans un pH acide, ce qui conduit à la carie dentaire.

Au stade initial, la carie est souvent indolore ; cependant, à mesure que la carie progresse, des douleurs et des abcès dentaires apparaissent, ce qui a un impact sur le bien-être de l'enfant, ses résultats scolaires et sa qualité de vie.

Le rôle du professionnel de la santé bucco-dentaire est essentiel dans la prise en charge des CEC et des maladies bucco-dentaires tout au long de la vie du patient. La prévention, la détection précoce et la prise en charge sont des éléments clés.







STEPHAN CURVE

Taches blanches/hypominéralisation

Les taches blanches sont des zones déminéralisées à la surface de la dent, où une quantité importante de minéraux, tels que le calcium, a été perdue, généralement en raison des bactéries de la plaque dentaire et d'une hygiène buccale sous-optimale.

Les taches blanches peuvent également être causées par

- une fluorose dentaire : le résultat d'une consommation excessive de fluor pendant le développement des dents, par exemple en mangeant du dentifrice pendant l'enfance, ou des niveaux élevés de fluorure naturel dans les réserves d'eau ;
- un traumatisme dentaire sur le bourgeon de la dent, provoquant des irrégularités dans la structure de l'hydroxyapatite ;
- hypominéralisation des molaires et des incisives : manque de développement de l'émail pendant sa phase de maturation, qui affecte les molaires et les incisives ;
- décalcification de l'émail après un appareil dentaire : hygiène buccale insuffisante autour des brackets orthodontiques.

- Les cristaux d'hydroxyapatite sont faibles et vulnérables à la dégradation. Si l'environnement oral est modifié efficacement et rapidement, la reminéralisation est possible. Les taches blanches peuvent être identifiées en séchant les surfaces des dents et en les examinant. Un dentifrice à haute teneur en fluor et des mesures d'hygiène buccale améliorées contribueront à protéger les dents.

TACHES BLANCHES/DÉMINÉRALISATION CERVICALE

Taches brunes

La décoloration de la surface de la dent peut être extrinsèque - sur la structure externe de la dent - ou intrinsèque - à l'intérieur de la structure de la dent.

La décoloration extrinsèque peut être causée par des bactéries chromogènes, des facteurs alimentaires, comme le thé, le café, les baies, le tabagisme ou même des suppléments de fer. Certains bains de bouche peuvent provoquer une décoloration, notamment ceux utilisés après une chirurgie buccale.

Les taches brunes en surface peuvent également être cariées, il est important d'évaluer et de diagnostiquer correctement ces taches.

LA COLORATION CAUSÉE PAR LES BACTÉRIES CHROMOGÈNES

CARIES BRUNES ET TACHES EXTRINSÈQUES

o Planet - Centres dentaires pour enfants, (Chennai, New Delhi), Inde.
tre de recherche sur les caries de la petite enfance (CECCRe), Sri Ramachandra Institute of Higher Education and Research, Chennai, Inde.

La décoloration intrinsèque peut être causée par :

- - une fluorose dentaire ;
- - la coloration à la tétracycline ;
- - la carie dentaire ;
- - une carie arrêtée - cela se produit si la carie dentaire est amorcée mais arrêtée en raison d'une amélioration des habitudes alimentaires ou des mesures d'hygiène buccale ;
- - nécrose pulpaire ;
- - les troubles du développement, tels que l'amélogénèse imparfaite et la dentinogénèse imparfaite..

FLUOROSE DENTAIRE

COLORATION À LA TÉTRACYCLINE

NECROSIS DE LA PULPE

CARIES DENTAIRES

Résultats de l'apprentissage : Les participants comprendront les causes et reconnaîtront les différentes taches blanches, taches brunes et l'hypominéralisation.

JOUR 2

EMPLOI DU TEMPS

Horaire
08.00 – 08.30
08.30 – 09.00
09.00 – 10.00
10.00 – 10.30
10.30 – 11.30
11.30 – 12.30
12.30 – 13.30
13.30 – 14.30
14.30 – 14.45
14.45 – 15.45
15.45 – 16.15

Session	Matériel requis	Activités d'apprentissage
Quiz rapide	• Suggestions de quiz rapide	• Quiz d'équipe
• Dents manquantes, dents supplémentaires, dents incluses, microdontie et racines malformées.	Powerpoint	• Discussion en petits groupes
Perte prématurée des dents primaires - les causes, les conséquences et la gestion clinique	- Notes autocollantes - Marqueurs - Tableau à feuilles mobiles - PowerPoint	• Discussion en petits groupes
Pause		
• Principes de la dentisterie mini-invasive	PowerPoint	• Discussion en petits groupes
Gestion des soins de restauration pour des améliorations cosmétiques	• PowerPoint	• Discussion en petits groupes
Déjeuner		
Surveillance et maintien de la santé bucco-dentaire des personnes souffrant de fente labiale.	Notes autocollantes - Marqueurs - Tableau à feuilles mobiles • - PowerPoint	• Discussion en petits groupes
Pause		
Dispenser une éducation à la santé bucco-dentaire	Notes autocollantes - Marqueurs - Tableau à feuilles mobiles • PowerPoint	Discussion en petits groupes • Jeu de rôle en paires ou en petits groupes pour mettre en pratique les 4 étapes de l'éducation à la santé bucco-dentaire.
Jour de clôture 2	• Recap quiz	• Rappelez aux participants de revoir les documents des jours 1 et 2.

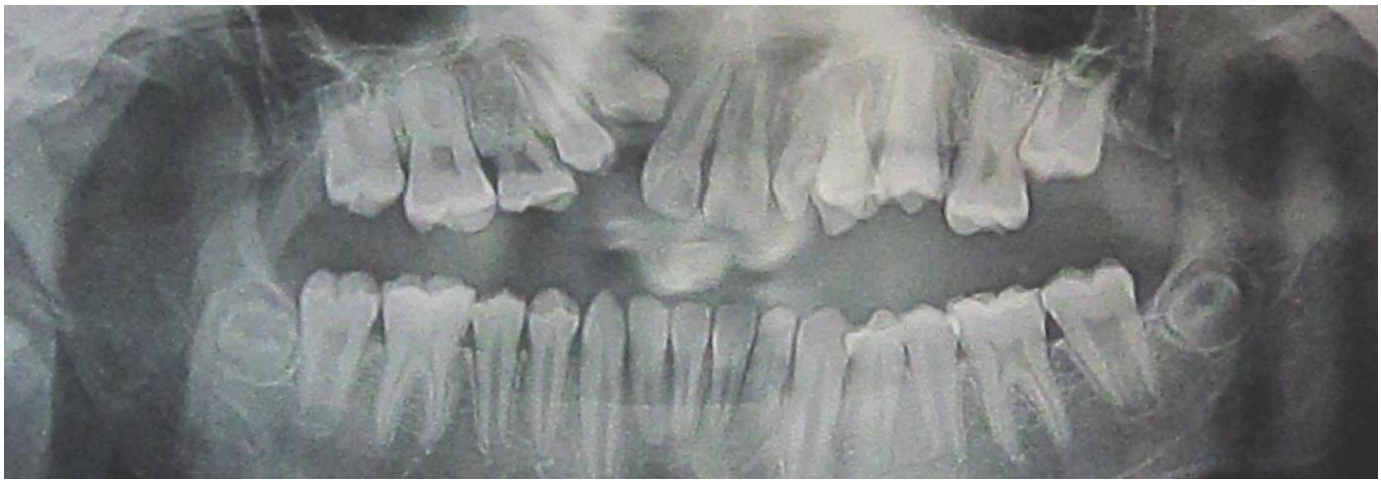
JOUR 2 - DENTS MANQUANTES, DENTS SUPPLÉMENTAIRES, DENTS INCLUSES, MICRODONTIE ET RACINES MALFORMÉES

Sujet	**Dents manquantes/extra-dents/dents incluses/microdontie/racines malformées**		
Objectifs d'apprentissage	Comprendre et identifier les dents manquantes, les dents supplémentaires, les dents incluses, la microdontie et les racines malformées.		
Activité d'apprentissage	Description	Durée	Matériel requis
	Discussion en petits groupes - radiographies de dents manquantes ; - radiographies de dents impactées ; - radiographies de microdontie ; - radiographies de racines malformées ; - le formateur explique les entités ci-dessus. • - Révision et récapitulatif.	30mins	PowerPoint

Les enfants souffrant d'une fente ont souvent des dents manquantes, surnuméraires ou malformées, ce qui peut être difficile à gérer efficacement pour le professionnel de la santé bucco-dentaire (PSB) et avoir un impact négatif sur le développement psychologique de l'enfant lorsqu'il devient plus social et commence l'école.

Dents manquantes

Les dents manquantes sont généralement absentes de manière congénitale autour de la région de la fente. Des dents nquantes dans d'autres régions de la bouche, au niveau du maxillaire ou de la mandibule, sont également possibles ; cela se duit plus fréquemment dans la dentition permanente que dans la dentition primaire.



DENTS MANQUANTES ET DENTS INCLUSES TELLES QU'ELLES APPARAISSENT SUR UN OPG

Dents supplémentaires

Les dents supplémentaires, autrement appelées dents surnuméraires, sont le plus souvent observées dans la région antérieure du maxillaire ; cela se produit plus fréquemment dans la dentition permanente que dans la dentition primaire.

Dents incluses

Les dents incluses sont entièrement formées et n'ont pas fait éruption dans la cavité buccale. Les dents incluses se trouvent souvent dans la région de la canine maxillaire et dans la région de la troisième molaire de la dentition permanente.
On les trouve parfois dans la dentition primaire, le plus souvent en relation avec un odontome ou une dent supplémentaire.

Microdontia

Les microdonties sont des dents de petite taille, généralement observées dans et autour de la région de la fente.

MICRODONTIA AND MALFORMED LATERAL INCISOR

INCISOR

Racines malformées

Les racines malformées sont couramment observées dans la région antérieure du maxillaire ; elles apparaissent très souvent dans le maxillaire antérieur des enfants présentant une fente labiale et palatine bilatérale.

Comme les enfants peuvent être gênés par l'absence de dents, en particulier lorsqu'ils commencent à aller à l'école, il est acceptable de fournir une prothèse partielle amovible à partir de l'âge de six ans, qui doit être revue régulièrement au fur et à mesure que l'enfant grandit afin de contrôler l'ajustement. Des instructions doivent être données au patient et aux soignants sur le nettoyage et l'entretien de l'appareil. Les OHP doivent s'assurer que l'enfant et la personne qui s'en occupe reçoivent le niveau approprié de soutien et de conseil.

MALOCCLUSION ET DENTS MANQUANTES

Résultats de l'apprentissage : Les participants comprendront que les patients atteints de fente ont des dents manquantes et des anomalies dentaires.

JOUR 2 - PERTE PRÉMATURÉE DES DENTELLES PRIMAIRES - LES CAUSES, LES CONSÉQUENCES ET LA GESTION CLINIQUE

LES CAUSES, LES CONSÉQUENCES ET LA GESTION CLINIQUE

Suiet	**Perte prématurée des dents - les causes, les conséquences et la gestion clinique**		
Objectifs d'apprentissage	Le participant comprendra les conséquences de la perte prématurée des dents et la manière de la gérer cliniquement.		
Activité d'apprentissage	Description	Durée	Matériel requis
	Remue-méninges en classe - Quel est le rôle des dents primaires ? - Que se passe-t-il si les dents primaires sont perdues tôt ? **Discussion en petits groupes** • - Comment les équipes dentaires peuvent-elles prendre en charge les dents primaires perdues prématurément ?	60mins	Notes autocollantes Marqueurs Tableau à feuilles mobiles PowerPoint

Les dents primaires sont importantes pour les enfants car elles

- Permettent aux enfants de mastiquer et de manger correctement.
- Elles aident l'enfant à parler plus clairement.
- Elles maintiennent un espace pour l'éruption des dents adultes.
- Elles guident les dents adultes en place.
- Elles aident à façonner le visage de l'enfant.
- Prévenir les caries de la petite enfance.
- Réduire au minimum les frais dentaires futurs.
- Compenser la nécessité d'un traitement orthodontique ultérieur.
- Réduire le risque de caries dans les dents permanentes.

Causes de la perte prématurée des dents primaires

Les dents primaires peuvent être perdues prématurément à la suite de :
- d'anomalies du développement ;
- d'une résorption prématurée des racines suite à un traumatisme, le plus souvent des dents antérieures ;
- d'extractions dues à des caries dentaires.

Les traumatismes sont la cause la plus fréquente de la perte prématurée des incisives primaires centrales maxillaires. S'il n'y a pas d'espacement dans la région antérieure ou de diastème médian dans la dentition primaire et que les incisives primaires ou les canines sont traumatisées ou perdues prématurément, il peut y avoir des problèmes avec l'émergence des dents permanentes successeurs et/ou adjacentes. Si les incisives primaires sont intruses, cela peut provoquer un déplacement et une dilacération des successeurs. Si elles sont avulsées, cela aura pour effet de retarder l'émergence de leurs successeurs.

La perte prématurée des molaires primaires due à l'extraction de dents cariées est deux fois plus fréquente à la mandibule qu'au maxillaire, et elle peut entraîner la migration des dents adjacentes et un manque d'espace pour leurs successeurs. La CEC sévère due aux boissons sucrées, à l'alimentation prolongée pendant la nuit et à une mauvaise hygiène buccale affecte les incisives et plusieurs autres dents. La résorption prématurée des racines des incisives et canines primaires est souvent un symptôme d'encombrement.

.

Conséquences

Les effets de la perte prématurée des dents primaires sont prévisibles et peuvent être compensés par une planification soigneuse. Une perte peu avant l'éruption d'un successeur a un effet accélérateur. Cependant, si la perte a lieu longtemps avant l'émergence du successeur, un retard d'éruption peut être une conséquence. Dans ce cas, la perte de dents primaires à un âge précoce a des séquelles plus négatives que la perte survenant plus tard. Une grande partie de la migration des dents adjacentes a lieu dans les six premiers mois suivant la perte prématurée. Le déplacement des autres dents, notamment celles adjacentes à l'espace après la perte prématurée des dents primaires, dépend de la dent perdue ainsi que de l'occlusion.

Ces migrations ont tendance à se produire plus rapidement et sont plus importantes dans le maxillaire que dans la mandibule. De plus, les migrations dans le maxillaire sont principalement limitées à un mouvement mésial et à une rotation de la première molaire permanente. À la mandibule, les dents distales de l'espace ont tendance à basculer mésialement, et celles mésiales de la dent perdue peuvent se déplacer distalement. Habituellement, la perte prématurée de dents primaires dans des arcades dentaires déjà espacées a peu ou pas d'effet sur le développement de la dentition.

Lors de l'éruption d'une incisive permanente centrale maxillaire, la racine de l'incisive primaire latérale adjacente peut se résorber et la couronne peut s'exfolier, provoquant un déplacement de la ligne médiane si cela se produit unilatéralement.

Si une incisive primaire latérale est perdue prématurément, il peut y avoir une perte de largeur intercanine, car la canine primaire de ce côté ne se déplacera pas en distal et en buccal pendant l'éruption de l'incisive permanente centrale. Cela peut ensuite entraîner un déplacement lingual (ou palatin) de l'incisive latérale lors de son éruption, en raison du manque d'espace. À la mandibule, la perte prématurée d'une incisive primaire peut également entraîner une légère rétroclinaison des autres incisives et une diminution de la distance intercanine.

Dans certains cas, l'éruption des incisives permanentes latérales maxillaires peut provoquer une résorption et entraîner la perte prématurée des canines primaires. Si cela se produit unilatéralement, les incisives vont migrer dans cette direction, présentant une inclinaison distale avec pour conséquence un déplacement de la ligne médiane, et lorsque la canine permanente maxillaire fera éruption plus tard, elle sera déplacée buccalement. Si les deux canines primaires sont perdues prématurément, les deux canines permanentes seront en dehors de l'arcade dentaire.

La CEC sévère due aux boissons sucrées, à l'alimentation prolongée pendant la nuit et à une mauvaise hygiène buccale affecte les incisives et plusieurs autres dents. La résorption prématurée des racines des incisives et canines primaires est souvent un symptôme d'encombrement.

Incisives

La perte prématurée des incisives primaires est plus fréquente dans le maxillaire que dans la mandibule. La perte d'espace est généralement minime, sauf si la ou les dents sont perdues à un très jeune âge ou en cas d'encombrement, mais si l'enfant n'a pas encore développé les sons linguaux-dentaires, la parole peut être affectée et l'incision des aliments. Dans la plupart des cas, le maintien de l'espace n'est pas nécessaire, mais si plusieurs dents sont perdues précocement, un appareil remplaçant ces dents peut être proposé pour des raisons esthétiques.

Canines

Lorsqu'une canine est perdue prématurément, c'est généralement en raison d'un encombrement important dans la région incisive avec une éruption ectopique des incisives latérales permanentes accélérant la résorption d'une ou des deux racines canines primaires. Ce phénomène s'accompagne généralement d'un déplacement des incisives vers le côté affecté et d'un décalage de la ligne médiane qui en résulte. Cela peut être compensé par l'extraction de la canine controlatérale, mais en gardant à l'esprit que cela peut entraîner un basculement lingual des incisives mandibulaires et une diminution de la largeur inter-canine, avec une perte d'espace disponible dans l'arcade. Si cela pose problème, un appareil pour l'arcade linguale inférieure peut être installé.

Premières molaires

Les premières molaires primaires sont souvent perdues à cause de caries ou d'infections, que ce soit de manière unilatérale ou bilatérale.

Il y a généralement une perte d'espace dans les quatre à six premiers mois après l'extraction, avec une migration des canines primaires et des incisives permanentes vers l'espace édenté dans les deux arcades. Ce phénomène est exacerbé dans les arcs encombrés et n'est pas un problème lorsqu'il y a un espace. Le maintien de l'espace peut

être et pour une perte unilatérale, un appareil à bande et boucle est le meilleur, ou pour une perte bilatérale, un arc lingual fixe attaché aux premières molaires permanentes.

Deuxièmes molaires

La perte des deuxièmes molaires primaires entraîne une perte d'espace plus sévère, et plus importante dans le maxillaire que dans la mandibule. Les effets sont pires lorsque la perte des dents se produit avant l'éruption de la première molaire permanente, et le maintien de l'espace doit toujours être envisagé. Si la perte des dents se produit après l'éruption de la molaire permanente, un appareil fixe bilatéral est le plus approprié. Avant l'éruption de la molaire permanente, un appareil fixe ou un appareil amovible à l'éruption de ces molaires permanentes pour les distaliser sont des options possibles.

Gestion de la perte précoce des dents primaires

Une gestion appropriée de la perte précoce des dents primaires nécessite des contrôles dentaires réguliers et une intervention précoce, ce qui permet d'établir une relation solide entre le dentiste pédiatrique, les parents et l'enfant. Des habitudes bucco-dentaires saines peuvent être établies dès le plus jeune âge et les caries peuvent être soit prévenues soit diagnostiquées rapidement.

Le maintien des dents primaires est essentiel pour établir un développement normal de l'arcade et de l'occlusion, et la perte prématurée des dents primaires est un facteur de risque important pour un développement compromis de l'arcade. Une longueur d'arc réduite peut entraîner un encombrement, une éruption ectopique ou une impaction des dents permanentes.

Une relation occlusale perturbée entre les molaires et les canines, une éruption excessive des dents opposées, une modification de la supraclusion et du surjet et un déplacement de la ligne médiane nécessitent un traitement, soit interceptif, soit avec des appareils orthodontiques.

La perte précoce de dents dans la dentition primaire a des conséquences différentes selon les dents perdues, l'alignement et l'occlusion existants de l'enfant, et donc différentes stratégies de gestion sont adoptées.

Protocole pour le maintien de l'espace

Le maintien de l'espace doit être envisagé chez les patients qui ont besoin d'extraire des dents primaires, ou chez ceux dont les deuxièmes molaires de lait sont sur le point de tomber et qui présentent un encombrement antérieur. Cela suppose une relation incisive de classe I et une bonne hygiène buccale.

- Si l'écart d'espace mesuré dans un quadrant de l'arcade inférieure est de 2 mm ou moins, envisagez le maintien de l'espace. En effet, une perte d'espace supplémentaire peut entraîner une extraction ou un traitement orthodontique complexe pour distaliser les molaires. Si l'écart d'espace mesuré est de 5 mm ou plus, il faut envisager un maintien de l'espace car toute perte d'espace supplémentaire peut nécessiter l'extraction de plus d'une unité dans ce quadrant.
- Si un patient présente une divergence d'espace de 2 à 5 mm, il est probable qu'une extraction de prémolaire sera nécessaire dans tous les cas, et donc que le maintien de l'espace ne se justifie pas.
- La même considération peut être appliquée à l'arcade supérieure dans les cas de Classe I. Cependant, pour les cas de classe II ou III, d'autres considérations orthodontiques peuvent s'appliquer, et un avis orthodontique doit être demandé.

Types de mainteneurs d'espace :

En cas de perte bilatérale, il est préférable d'utiliser un arc lingual en bas et un arc trans-palatin en haut, tous deux provenant généralement des premières molaires permanentes. Si la perte est unilatérale, un appareil à bande et boucle est l'option préférée, également généralement à partir des premières molaires permanentes.

Types de mainteneurs d'espace :

Pour une perte bilatérale, on préfère un arc lingual en bas et un arc trans-palatin en haut, tous deux généralement à partir des premières molaires permanentes. Si la perte est unilatérale, un appareil à bande et boucle est l'option préférée, également généralement à partir des premières molaires permanentes.

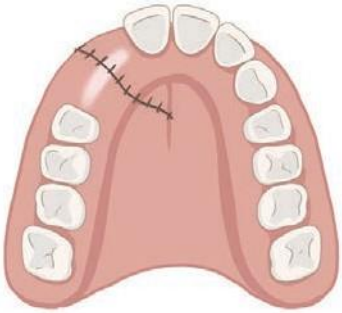
Greffe d'os alvéolaire

Soins orthodontiques : Pour un enfant présentant une fente complète du palais primaire, une radiographie doit être effectuée entre l'âge de 6 et 7 ans, afin de déterminer la nécessité d'une greffe d'os alvéolaire (GAA) et le moment approprié. L'orthodontie peut être nécessaire 6 à 9 mois avant la GAB afin de repositionner les dents supérieures, en particulier celles qui sont adjacentes à la fente. Un dispositif d'expansion maxillaire fixe ou amovible peut également être nécessaire avant la chirurgie ABG.

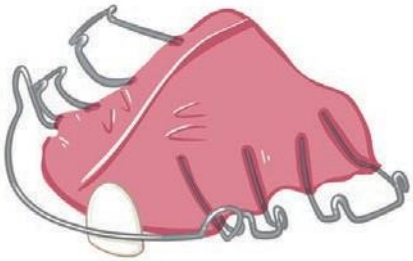
Greffe d'os alvéolaire (ABG) : La chirurgie ABG doit être effectuée chez les enfants présentant une fente palatine primaire si l'os est insuffisant pour l'éruption et le maintien de l'incisive latérale (si elle est présente) et de la canine autour de la fente. En fonction du schéma d'éruption du patient, l'ABG est généralement réalisée entre 7 et 9 ans, avant l'éruption de ces dents. L'os est généralement prélevé sur la crête iliaque (hanche) et placé dans la fente et sous la base du nez. Si une expansion maxillaire a été effectuée avant l'ABG, un appareil fixe ou un appareil de rétention doit être porté jusqu'à ce que la guérison de l'ABG soit terminée. Les radiographies doivent être reportées jusqu'à 4 à 6 mois après la chirurgie.

.

GREFFE D'OS PRÉ-ALVÉOLAIRE



GREFFE D'OS POST-ALVÉOLAIRE



APPAREIL DE RÉTENTION ORTHODONTIQUE AVEC ATTACHEMENT DE MAINTIEN DE L'ESPACE

L Résultats de l'apprentissage : Les participants comprendront la nécessité de conserver la dentition primaire, comment gérer la perte prématurée des dents et quand une greffe d'os alvéolaire doit être envisagée.

JOUR 2 - PRINCIPES DE LA DENTISTERIE MINI-INVASIVE

Sujet	**Dentisterie mini-invasive**		
Objectifs d'apprentissage	Veiller à ce que les professionnels de la santé bucco-dentaire soient formés pour comprendre la dentisterie mini-invasive. .		
Activité d'apprentissage	Description	Durée	Materiel requis
	Discussion en petit groupe - Introduction à la dentisterie mini-invasive ; - Procédures dentaires mini-invasives - discussion sur les plus couramment utilisées ; • - Révision et récapitulatif.	60mins	PowerPoint

Introduction à la dentisterie mini-invasive

La dentisterie mini-invasive est une philosophie qui intègre la prévention, la reminéralisation et une intervention minimale pour la pose et le remplacement des restaurations. La dentisterie mini-invasive signifie un traitement utilisant l'approche chirurgicale la moins invasive, avec l'enlèvement d'une quantité minimale de tissus sains.

Lorsqu'une lésion doit être restaurée, l'élimination de la carie avec une conservation maximale de la structure dentaire saine doit être la priorité. Puisque nos restaurations "permanentes" sont rarement éternelles, nous devons minimiser la taille de toute restauration. Cela permettra d'éviter ou de limiter le cycle de restauration qui conduit finalement à la fracture de la dent, au traitement endodontique et à la couronne, et (parfois) à la fracture de la racine et à l'extraction de la dent.

cédures dentaires mini-invasives

Les procédures les plus courantes que l'on peut qualifier de mini-invasives chez les enfants sont l'application de fluorure de diamine argentée (SDF), la technique de restauration atraumatique (ART) et l'utilisation de couronnes en acier inoxydable pour arrêter les caries multi-surfaces des molaires primaires.

Application de fluorure d'argent diaminé (SDF)

Le SDF à trente-huit pour cent, s'il est disponible, doit être utilisé en cas de cavitation. Il est plus efficace lorsqu'il est appliqué deux fois par an, mais des applications annuelles peuvent être suffisantes. Le SDF est efficace pour arrêter la carie et empêcher sa progression vers la pulpe de la dent. Cela peut contribuer à augmenter la longévité à long terme de la dentition primaire.

Pedo Planet - Centres dentaires pour enfants, (Chennai, New Delhi), Inde.
Centre de recherche sur les caries de la petite enfance (CECCRe),
Sri Ramachandra Institute of Higher Education and Research, Chennai, Inde.

Technique de restauration atraumatique (ART)

Si la restauration des dents primaires est nécessaire, l'ART est une technique peu invasive où les caries sont retirées à la main à l'aide d'une excavatrice, par exemple. Cette technique permet de conserver autant de substance dentaire que possible et vise à prévenir la mort pulpaire. Pour la restauration, il convient d'utiliser un ciment adhésif tel que le ciment verre ionomère, contenant de préférence du fluorure à libération lente.

Couronnes de Hall

La technique de la couronne de Hall consiste à placer une couronne préformée en acier inoxydable sur une dent primaire cariée à l'aide d'un ciment en verre ionomère. Cette technique ne nécessite ni préparation, ni anesthésie locale, ni élimination de la carie. De ce fait, elle est particulièrement utile dans le traitement des enfants. Elle peut être facilement enseignée à un professionnel de la santé bucco-dentaire (PSB) et est largement pratiquée et acceptée dans le monde entier.

CROCHETS DE HALLE

Pedo Planet - Centres dentaires pour enfants, (Chennai, New Delhi), Inde.
Centre de recherche sur les caries de la petite enfance (CECCRe), Sri Ramachandra Institute of Higher Education and Research, Chennai, Inde.

Résultats de l'apprentissage : Les participants comprendront les techniques courantes utilisées en dentisterie mini-invasive.

UR 2 - GESTION DES SOINS DE RESTAURATION POUR LES AMÉLIORATIONS COSMÉTIQUES

Sujet	**Soins de restauration pour les améliorations cosmétiques**		
Objectifs d'apprentissage	S'assurer que les OHP comprennent les techniques de restauration qui permettent d'obtenir des améliorations cosmétiques.		
Activités d'apprentissage	Description	Time	Materials needed
	Discussion en petit groupe - Que sont les couronnes à bandes et les couronnes en zircone ? - Soins de restauration pour des améliorations cosmétiques chez les adolescents et les adultes. - Révision et récapitulation. •	60mins	PowerPoint

Que sont les couronnes en bandes et les couronnes en zircone ?

Les couronnes en bandes sont utilisées pour restaurer les dents antérieures primaires. La couronne en plastique contenant une résine composite est placée sur la dent cariée, puis retirée une fois que la résine a pris. Il s'agit d'interventions en une seule visite sur un enfant coopérant. Elle est également réalisée chez de très jeunes enfants (moins de 3 ans) pour une réhabilitation complète de la bouche sous anesthésie générale.

Les couronnes en zircone sont de nouvelles restaurations esthétiques pour les dents primaires antérieures et postérieures. Avec une bonne adaptation des tissus aux bords de la couronne, elles constituent des restaurations esthétiques pour les dents primaires.

L'accumulation de plaque sur ces surfaces hautement polies est minime.

Soins de restauration pour des améliorations esthétiques chez les adolescents et les adultes

Près de 50 % des parents d'enfants préadolescents présentant une fente orofaciale ont indiqué que leurs enfants se préoccupaient de leur apparence. Une étude réalisée en Inde a comparé les réponses des jeunes dans deux catégories : un groupe de pré-adolescents atteints de fente orofaciale et un groupe d'adolescents atteints de fente orofaciale. À l'aide d'un questionnaire sur l'impact psychosocial de l'esthétique dentaire (PIDAQ), les chercheurs ont constaté que les adolescents avaient un score plus négatif en termes de confiance en soi et d'impact social. Ils ont conclu que

la perception de l'esthétique des dents antérieures est un facteur crucial qui influence la confiance psychologique en soi, la confiance sociale et le besoin de traitement des patients, qu'ils soient porteurs d'une fente ou non. Ces facteurs deviennent plus pertinents au fur et à mesure que le patient évolue vers l'adolescence et l'âge adulte.

Chez les patients présentant une fente, l'esthétique dentaire peut être influencée par une hypodontie (affectant généralement les incisives latérales maxillaires), des dents encombrées et irrégulières, une malocclusion de classe III avec un articulé croisé antérieur ou des caries de la petite enfance (ECC). Une procédure d'orthodontie interceptive peut être indiquée pour des raisons de

Une procédure orthodontique interceptive peut être indiquée soit pour la fonction, soit pour l'esthétique, en particulier s'il existe une occlusion traumatique, et un traitement de restauration pour améliorer l'esthétique si le patient exprime des inquiétudes.

Entre cinq et huit ans, les enfants commencent à être capables de prendre des décisions éclairées concernant les restaurations esthétiques. Si les restaurations en verre ionomère sont souvent recommandées par les dentistes pédiatriques en raison de leur libération de fluor et de leurs propriétés cariostatiques, les restaurations en composite et les couronnes en zircone sont également acceptables pour améliorer l'esthétique des dents antérieures primaires.

Résultats de l'apprentissage : Les participants comprendront pourquoi des améliorations cosmétiques doivent être envisagées chez les patients atteints de fente et les techniques communes qui peuvent être appliquées.

2E JOUR - SURVEILLANCE ET MAINTIEN DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES ATTEINTES DE FENTE LABIALE

Sujet	**Maintenir la santé bucco-dentaire des personnes souffrant de fente labiale**		
Objectifs d'apprentissage	Les participants doivent comprendre comment suivre les directives FDI/Smile Train sur la santé bucco-dentaire dans les soins complets des fentes et maintenir la santé bucco-dentaire des patients à tous les âges.		
Activité d'apprentissage	Description	TiDuréeme	Materials needed
	Discussion en petits groupes - À l'aide des lignes directrices, discutez des interventions de santé bucco-dentaire nécessaires dans chaque groupe d'âge. • - Discutez des instructions d'entretien d'un obturateur ou d'un appareil orthodontique..	60 mins	Notes autocollantes Marqueurs Tableau à feuilles mobiles PowerPoint FDI/Smile Train La santé bucco-dentaire dans les directives de soins compensatoires des fentes labiales.

Interventions spécifiques pour les patients atteints de fente

Interventions spécifiques pour la tranche d'âge jusqu'à deux ans :

- - Travaillez avec les soignants pour comprendre les besoins de santé bucco-dentaire d'un patient atteint de fente.
- - Montrez-lui qu'il faut lui nettoyer la bouche après chaque repas et lui brosser doucement les dents lorsque la dentition primaire fait éruption.
- - L'utilisation d'un coton ou d'une gaze humide ou de lingettes jetables pour nourrissons après chaque repas ou alimentation est d'une importance capitale pour prévenir les caries de la petite enfance.
- - Le fait de donner une gorgée d'eau après chaque repas ou tétée peut être bénéfique pour éliminer les débris alimentaires ou les restes de lait.
- - Expliquez l'étiologie des maladies dentaires et le rôle du soignant dans la prévention.
- - Un examen par un dentiste ou par un dentiste pédiatrique, lorsqu'il existe, est obligatoire dès que la première dent primaire fait éruption dans la bouche.
- - Donner des instructions sur l'entretien et le nettoyage de l'obturateur et de l'appareil afin de maintenir une bonne hygiène buccale.
- - Après une chirurgie de réparation de la lèvre, qui peut avoir lieu dans les trois premiers mois de la vie, les soignants doivent être informés de la gestion des cicatrices. Cette opération peut être effectuée après la guérison complète de la plaie et le retrait des sutures. Demandez aux parents ou aux personnes qui s'occupent de l'enfant de masser la cicatrice de l'extrémité de la columelle vers le vermillon, avec un mouvement descendant pendant 8 à 10 minutes, trois fois par jour.
- - Expliquez aux personnes qui s'occupent de l'enfant qu'il est important de décourager la succion du pouce et l'utilisation de la tétine.
- Ces habitudes néfastes pourraient avoir un impact négatif sur le développement et la croissance du visage et de la bouche du bébé, ainsi que des problèmes d'alignement dentaire et de malocclusion.
- - L'identification précoce des lésions des taches blanches et brunes et leur traitement par une dentisterie peu invasive sont essentiels.l.

Specific interventions for patients with clefts aged between two and six years old:

availler avec les soignants pour comprendre les besoins de santé bucco-dentaire d'un patient atteint de fente, en démontrant le toyage de la bouche après chaque repas et le brossage doux des dents au fur et à mesure de l'éruption de la dentition primaire.
liquer l'étiologie des maladies dentaires et le rôle du soignant dans la prévention.
onner des instructions sur l'entretien et le nettoyage de l'obturateur et de l'appareil afin de maintenir une bonne hygiène buccale.
gestion de la cicatrice peut être effectuée lorsque le site chirurgical est complètement guéri. Demandez aux parents ou aux sonnes qui s'occupent de l'enfant de masser la cicatrice de l'extrémité de la columelle jusqu'au vermillon en effectuant un uvement descendant pendant 8 à 10 minutes, trois fois par jour.
xpliquez aux personnes qui s'occupent de l'enfant qu'il est important de décourager la succion du pouce et l'utilisation de la tétine. habitudes néfastes pourraient avoir un impact négatif sur le développement et la croissance du visage et de la bouche du bébé, si que des problèmes d'alignement dentaire et de malocclusion.
dentification précoce des lésions des taches blanches et brunes et leur traitement par une dentisterie peu invasive sont essentiels.

Interventions spécifiques pour les patients souffrant d'un bec-de-lièvre âgés de 6 à 12 ans :

- - Dans la dentition mixte, les dents primaires et permanentes sont présentes en même temps dans la bouche. Plusieurs interventions dentaires commencent à ce stade. Comme la structure osseuse se développe rapidement et que les dents permanentes font éruption, certains patients peuvent avoir besoin d'une orthodontie interceptive pour éviter une malocclusion grave et créer de meilleures conditions pour la croissance du visage et la fonction orale.
- - Les soins de santé bucco-dentaire et les examens dentaires de routine sont très importants à ce stade. Un examen oral périodique complet avec radiographies dentaires, une prophylaxie dentaire et un traitement au fluor doivent être effectués. Une évaluation continue de l'hygiène dentaire et des maladies parodontales doit être effectuée. Le risque de développer des caries et une inflammation gingivale augmente avec la mise en place d'appareils orthodontiques. Des scellants pour les fissures doivent être posés lorsque la dentition permanente fait éruption.
- - Conseillez aux parents et aux soignants de se rendre chez le dentiste tous les six mois pour un examen parodontal et un suivi de l'éruption de la dentition permanente de leurs enfants.

Specific interventions for patients with clefts aged 12-18 years old:

- - De bons soins de santé bucco-dentaire sont essentiels pendant cette phase. Un examen buccal complet avec radiographies dentaires, une prophylaxie dentaire et un traitement au fluor doivent être effectués à intervalles réguliers. Une évaluation continue de l'hygiène dentaire et des maladies parodontales doit être effectuée.
- - Des instructions spécifiques d'hygiène bucco-dentaire doivent être données aux patients souffrant d'orthodontie.
- - Des conseils adaptés à l'âge du patient sont essentiels, par exemple, réduire les boissons gazeuses et ne pas grignoter à l'école.

Interventions spécifiques pour les patients souffrant de fentes et âgés de plus de 18 ans :

- Good oral health care and age-related advice tailored to the patient is essential, for example, care of implants or prosthesis. Ongoing evaluation of dental hygiene and periodontal disease should be provided.
- Supply information and tools for smoking cessation and alcohol consumption reduction if required. Instruct patients about injury prevention and the use of fitted mouth guards during sports.

Instructions d'entretien de l'obturateur/appareil

- Les enfants des groupes d'âge 0-2 et 2-6 ans utiliseront probablement un appareil orthopédique palatin maxillaire,
- ou obturateur, pour couvrir la fente palatine et pouvoir manger et parler correctement. Ces appareils doivent être nettoyés deux fois par jour, tous les jours. Dans les 48 heures suivant la pose de l'appareil, celui-ci doit être retiré et nettoyé après chaque tétée. Les points importants à retenir sont les suivants :
- - Après avoir retiré l'appareil buccal maxillaire, nettoyez-le avec une brosse et de l'eau bouillie refroidie pour enlever toute pellicule ou détritus qui s'est formé afin d'éviter que des micro-organismes ne s'y développent. La zone située sous la narine aplatie doit être nettoyée avec un écouvillon humide.
- - Consultez le professionnel de la santé bucco-dentaire traitant si l'appareil produit une ulcération ou un saignement. Dans ce cas, il doit être ajusté. Conseillez l'utilisation de paraffine blanche douce dans les lèvres et les tissus mous lorsque cela est nécessaire et au moment des repas.
- - Les appareils obturateurs doivent être insérés avec précaution par le soignant : légèrement sur le côté pour une fente unilatérale et droit pour une fente bilatérale.

Résultats de l'apprentissage : Les participants comprendront comment maintenir la santé bucco-dentaire des patients atteints de fente à tout âge et fourniront des instructions d'entretien pour un obturateur ou un appareil orthodontique.

JOUR 2 - ÉDUCATION EN SANTÉ ORALE

Sujet	**Fournir une éducation à la santé bucco-dentaire**		
Objectifs d'apprentissage	Les participants doivent comprendre comment dispenser une éducation à la santé bucco-dentaire et utiliser un style d'entretien motivant.		
Activité d'apprentissage	Description	Durée	Matériel nécessaire
	Remue-méninges - Demandez aux élèves s'ils parlent de santé bucco-dentaire avec leurs patients et leurs soignants. Quels conseils donnent-ils ? - Demandez-leur comment ils encouragent les patients et les soignants à changer leur comportement. - Demandez au groupe quels sont les mythes dentaires qu'ils ont entendus. **Discussion en petits groupes** - Identifiez les phrases à utiliser lors des entretiens de motivation avec les patients et les soignants. • - En binômes ou en petits groupes, entraînez-vous, par le biais d'un jeu de rôle, à transmettre des messages de santé bucco-dentaire tirés des directives de l'OH en CCC, en suivant les quatre étapes.	60mins	Notes autocollantes Marqueurs Tableau à feuilles mobiles PowerPoint

Dispenser une éducation à la santé bucco-dentaire

Il peut être frustrant de transmettre aux patients et aux soignants de multiples messages sur la santé bucco-dentaire à chaque rendez-vous pour constater que le comportement défavorable à la santé bucco-dentaire n'a pas changé. Il est important de créer un environnement dans lequel le patient et le soignant se sentent soutenus et non jugés, de créer un dialogue ouvert et d'écouter activement les défis auxquels ils sont confrontés en matière de santé bucco-dentaire.

Coaching de santé/entretien motivationnel

Cette approche du changement de comportement est connue sous le nom de coaching de santé ou d'entretien motivationnel et fait partie de la Déclaration de Genève de 2015 sur les soins de santé primaires centrés sur la personne. Il s'agit d'une approche efficace centrée sur la personne qui facilite, motive et habilite les individus à prendre conscience d'eux-mêmes, et à identifier les obstacles et les facilitateurs de comportements plus sains. Les individus sont encouragés à prendre des décisions efficaces pour modifier leur mode de vie ou adopter des changements dans leur environnement, et à prendre des mesures durables pour aller de l'avant. Elle met l'accent sur la responsabilisation et l'engagement actif des individus dans le processus de prise de décision concernant leur propre santé.

Suivez les quatre étapes pour améliorer les comportements de santé bucco-dentaire grâce à l'entretien motivationnel :

1. Engagement : la première étape consiste à établir une relation de confiance avec le patient. Demandez-lui la permission de discuter de sa santé bucco-dentaire, de poser des questions et informez-le de ce dont vous allez parler. Cela peut inclure toute préoccupation qu'il peut avoir concernant sa santé bucco-dentaire.
2. Orientation : il s'agit d'un moyen de guider le patient vers le changement de comportement. Aidez-le à se concentrer sur ce qu'il veut changer. Il peut s'agir de parler du sucre dans son alimentation ou de sa technique de brossage des dents. Par exemple, après avoir remarqué des lésions en taches blanches autour des bords du col de l'utérus, discutez-en avec le patient et demandez-lui : "Devons-nous discuter des moyens de prévenir d'autres caries ?" Cela attirera l'attention sur le fait que c'est lui, le patient, qui prend cette décision.
3. Évoquer : cela permet de promouvoir les propres raisons du patient de changer. Demandez-leur ce qu'ils savent de la carie dentaire. Quelle est leur perception de la carie dentaire ? Offrez-leur plus d'informations sur ce que vous voyez cliniquement. Laissez-les arriver à la conclusion qu'un changement s'impose. Laissez-leur le soin d'affirmer qu'un changement est nécessaire, puis prévoyez de réaliser ce changement avec eux.
4. Planification : enfin, demandez au patient ce qu'il peut faire pour effectuer ce changement et proposez-lui votre aide pour y parvenir. Aidez-le à trouver un moment dans sa routine pour adopter un nouveau comportement en matière de brossage de dents ou à remplacer les en-cas sucrés par des produits sains.

Un accompagnement sanitaire adapté à la culture

Il existe des mythes sur les dents que tous les professionnels de la santé bucco-dentaire ont entendus : "Le bébé a pris les minéraux de mes dents pendant que j'étais enceinte" est un mythe courant. Il est facile d'être dédaigneux à leur égard, mais il est important de se rappeler que ces mythes peuvent reposer sur de fortes croyances familiales ou culturelles.
Essayez de présenter les faits de la manière la plus sensible possible et encouragez un changement de comportement positif.

ultats d'apprentissage : Les participants seront en mesure de dispenser une éducation à la santé bucco-dentaire et un coaching sanitaire aux ents et à leurs soignants.

JOUR 3

EMPLOI DU TEMPS

Heure
08.30 – 09.00
09.00 – 10.00
10.00 - 10.30
10.30 – 11.30
11.30 – 12.00
12.00 – 12.30
12.30 – 13.30
13.30 – 14.30

Session	Matériel requis	Activités de l'apprenant
• Gestion des cicatrices chez les personnes présentant une fente labiale et palatine	Notes autocollantes • - Marqueurs • - Tableau à feuilles mobiles • - PowerPoint	Discussion en petits groupes
• Qualité de vie et fentes	Notes autocollantes • - Marqueurs • - Tableau à feuilles mobiles • - PowerPoint	• Discussion en petits groupes
• Pause		
Mise en œuvre du protocole de sécurité et de qualité FDI/Smile Train	Notes autocollantes • - Marqueurs • - Tableau à feuilles mobiles • - PowerPoint	Discussion en groupes
Test post-cours • Correction des tests après le cours	• - Multiple choice questionnaire • Feuille de réponses	
• Déjeuner		Remplir le questionnaire
Questions, résumé Présentation des certificats	• Formulaire d'évaluation du cours • - Certificats de participation	- Remplir le formulaire d'évaluation du cours

DAY 3 - SCAR MANAGEMENT IN PEOPLE WITH CLEFT LIP AND PALATE

Sujet	Caractéristiques d'une cicatrice anormale		
Objectifs d'apprentissage	Les participants comprendront l'impact de la cicatrice sur les patients atteints de fente, les facteurs qui influencent la cicatrice et la gestion quotidienne d'une cicatrice après une opération.		
Activité d'apprentissage	Description	Durée	Matériel requis
	Séance de remue-méninges - Présentez les caractéristiques des cicatrices anormales : chéloïdes et cicatrices hypertrophiques. **Séance de remue-méninges** - Répartissez les participants en groupes de trois à cinq personnes. - Demandez aux groupes d'écrire les facteurs de risque d'une d'une cicatrice anormale sur des notes autocollantes. - Importance de la massothérapie à l'intérieur de la bouche. • - Passez en revue et récapitulez.	30mins	Notes autocollantes Marqueurs Tableau à feuilles mobiles PowerPoint

Cicatrices chez les patients présentant une fente labiale et palatine

La cicatrisation de la réparation d'une fente labiale et palatine entraîne des résultats fibrotiques tant pour la lèvre que pour le palais. La cicatrisation dans cette situation peut avoir toute une série de conséquences esthétiques et fonctionnelles. Les cicatrices hypertrophiques peuvent être fréquentes après une réparation de fente labiale.

La cicatrisation d'une fente labiale peut entraîner une asymétrie des lèvres car la cicatrice se contracte, ce qui entraîne un raccourcissement des lèvres et une déformation nasale du côté affecté. De telles cicatrices peuvent nécessiter une révision chirurgicale supplémentaire pour rétablir une esthétique et une fonction normales, ce qui entraîne un stress psychologique, un risque associé à des interventions chirurgicales supplémentaires et à une exposition à l'anesthésie, ainsi qu'une augmentation significative du coût du traitement.

Facteurs influençant la cicatrisation

- La profondeur de la blessure, le degré de destruction des tissus et l'introduction d'agents pathogènes : pour qu'il y ait cicatrisation, la blessure doit toucher le derme, et des formes pathologiques de cicatrisation sont plus susceptibles de se produire si la blessure touche le tiers inférieur du derme ou est associée à une infection.

- L'emplacement de la plaie affecte les variations des forces mécaniques à travers la peau à différents sites anatomiques, par exemple : sur le visage, les lignes de tension résultent des interactions entre la peau et les muscles sous-jacents de l'expression faciale ; les plaies qui traversent une ligne de tension subissent une force perpendiculaire plus importante et doivent répondre par un dépôt de collagène plus important pour maintenir la peau ensemble, ce qui entraîne une cicatrice plus grande.

- Caractéristiques démographiques des patients : on a observé que les individus à la peau plus foncée et plus jeunes

présentent un risque plus élevé de cicatrisation pathologique, avec des cicatrices hypertrophiques et des chéloïdes, bien que les mécanismes causaux expliquant ces risques ne soient pas bien compris.

Chéloïdes et cicatrices hypertrophiques

Dans la peau, les cicatrices pathologiques telles que les cicatrices hypertrophiques et les chéloïdes peuvent être inesthétiques, démangeantes et douloureuses. Par définition, ces deux types de cicatrices dépassent le niveau de la peau et sont le résultat de blessures présentant une fibrose excessive. Alors que les cicatrices hypertrophiques ne s'étendent pas au-delà du site initial de la blessure, les chéloïdes dépassent généralement les bords de la blessure initiale.

La différenciation clinique entre les cicatrices hypertrophiques et les chéloïdes peut être problématique. Une seule blessure peut produire des régions de cicatrices normales et anormales qui régressent ou progressent avec le temps. Une identification incorrecte du type de cicatrice peut entraîner une prise en charge inadéquate de la formation de cicatrices pathologiques et, parfois, contribuer à une prise de décision inappropriée concernant une chirurgie élective ou esthétique.

Malheureusement, ces chirurgies représentent une seconde blessure qui peut guérir avec une cicatrice pathologique répétée chez certains individus.

Soins postopératoires et gestion des cicatrices

Les trois premiers mois après l'intervention chirurgicale sont le moment où le remodelage est à son apogée au cours d'un processus normal de cicatrisation. Alors que la plupart des incisions chirurgicales correctement conçues et exécutées continueront à guérir sans protestation significative, les incisions destinées à une réponse hypertrophique commenceront à se révéler au cours de cette période. Par conséquent, un examen clinique mensuel de la cicatrice est raisonnable. Les patients doivent être encouragés à continuer à panser la plaie avec du ruban adhésif (triple couche, l'une sur l'autre). En outre, il faut conseiller à chaque patient de revenir à la clinique avant la visite prévue si la plaie commence à avoir l'air "musclée" ou "perturbée", par exemple si elle commence à dépasser le niveau de la peau ou si elle démange considérablement. Pendant cette période, une cicatrice peut subir une réaction hypertrophique, légère ou grave.

Traitements actuels des cicatrices

De nombreuses approches thérapeutiques différentes ont été développées pour minimiser l'apparence et l'impact fonctionnel des cicatrices. Les thérapies administrées au moment de la plaie comprennent des pansements, des bandes et des feuilles de silicone conçus pour réduire la tension sur la plaie et les lignes de suture. En outre, s'il y a une augmentation des tissus au-dessus du niveau normal de la peau, une thérapie par compression est recommandée. Cela diminue la vascularisation de la cicatrice et aide à contrôler l'hypertrophie.

Il est fondamental de ne pas oublier qu'en plus de l'hypertrophie de la cicatrice, il faut veiller au degré de rétraction. Il est suggéré de masser régulièrement la cicatrice, de la columelle à la bordure vermillon, trois à cinq fois par jour. La fréquence doit diminuer au fur et à mesure que la cicatrice gagne en souplesse.

Résultats de l'apprentissage : Les participants comprendront l'importance de la gestion des cicatrices et sauront comment conseiller les soignants et les patients sur le soin des cicatrices.

DAY 3 - QUALITY OF LIFE AND CLEFTS

Sujet	**Qualité de vie et fentes**		
Objectifs d'apprentissage	Les participants comprendront l'impact de la fente sur la qualité de vie ainsi que sur les facteurs économiques.		
Activité d'apprentissage	Description	Durée	Matériel requis
	Séance de brainstorming - Que signifie la qualité de vie (QoL) ? - Que signifie la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire (OHRQoL) ? **Discussion de groupe** - Présentez la relation entre le bec-de-lièvre et la détérioration de la santé bucco-dentaire. - Demandez aux participants d'énumérer l'impact du bec-de-lièvre sur la qualité de vie des patients. - Demandez aux participants d'énumérer l'impact du Cleft sur la qualité de vie des parents d'enfants souffrant de Cleft. • - Discutez des aspects économiques du bec-de-lièvre.	60mins	Notes autocollantes Marqueurs Tableau à feuilles mobiles PowerPoint

Définition de la qualité de vie :

L'Organisation mondiale de la santé définit la qualité de vie comme la perception qu'a un individu de sa position dans la vie dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans lesquels il vit et par rapport à ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses préoccupations. Il s'agit d'un concept très large, affecté de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, ses croyances personnelles, ses relations sociales et sa relation avec les éléments saillants de son environnement.

Ce qui rend sa mesure difficile est que, bien que le terme « qualité de vie » soit largement compris, les individus et les groupes peuvent le définir différemment. Bien que la santé soit l'un des domaines importants de la qualité de vie globale, il en existe d'autres - par exemple, l'emploi, le logement, les écoles, le voisinage. Les aspects de la culture, des valeurs et de la spiritualité sont également des domaines clés de la qualité de vie globale qui ajoutent à la complexité de sa mesure.

Définition de la santé

L'OMS définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité. Une meilleure santé est essentielle au bonheur et au bien-être de l'homme, tandis qu'une mauvaise santé a des effets néfastes tant au niveau individuel que sociétal.

Étant donné que les populations en bonne santé vivent plus longtemps, sont plus productives et épargnent davantage, la santé apporte également une contribution importante au progrès économique.

De nombreux facteurs influencent l'état de santé et la capacité d'un pays à fournir à sa population un service de santé de bonne qualité.

La santé personnelle comporte cinq aspects principaux : physique, émotionnel, social, spirituel et intellectuel.

Les objectifs de développement durable

Les objectifs de développement durable sont le plan directeur des Nations unies pour un avenir meilleur et plus durable pour tous. Ils abordent les défis mondiaux auxquels nous sommes confrontés, notamment la pauvreté, les inégalités, le changement climatique, la dégradation de l'environnement, la paix et la justice. L'un de leurs objectifs est de garantir une vie saine et de promouvoir le bien-être pour tous, à tout âge.

Le travail de l'UNICEF, le fonds des Nations Unies pour l'enfance, s'articule autour de cinq grands domaines de bien-être pour chaque enfant, qui s'appuient sur l'Agenda 2030 pour le développement durable. Ces cinq domaines sont les suivants :

- chaque enfant survit et s'épanouit ;
- chaque enfant apprend
- chaque enfant est protégé contre la violence et l'exploitation
- chaque enfant vit dans un environnement sûr et propre ;
- chaque enfant a une chance équitable dans la vie.

Cette approche basée sur les droits de l'homme poursuit une vision de réalisation des droits de chaque enfant, en particulier des plus défavorisés, et répond à l'appel à "ne laisser aucun enfant de côté", afin que les droits de chaque enfant, partout, soient respectés.

La santé bucco-dentaire

La Fédération Dentaire Internationale définit la santé bucco-dentaire comme suit :

La santé bucco-dentaire a de multiples facettes et comprend la capacité de parler, de sourire, de sentir, de goûter, de toucher, de mâcher, d'avaler et de transmettre toute une gamme d'émotions par le biais d'expressions faciales, avec confiance et sans douleur, sans gêne et sans maladie du complexe cranio-facial.

Les maladies bucco-dentaires sont les maladies chroniques les plus courantes et constituent d'importants problèmes de santé publique en raison de leur prévalence, de leur impact sur les individus et la société, et du coût de leur traitement.

L'étude Global Burden of Oral Disease Study 2013 a estimé que les maladies bucco-dentaires touchent 3,5 milliards de personnes dans le monde, les caries dentaires non traitées faisant partie des maladies non transmissibles (MNT) les plus répandues. Une étude de suivi a examiné le coût mondial. La plupart des maladies et affections bucco-dentaires partagent des facteurs de risque modifiables avec les quatre MNT les plus importantes, notamment les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. Ces facteurs de risque comprennent le tabagisme, la consommation d'alcool et les régimes alimentaires malsains riches en sucres libres. Tous ces facteurs sont en augmentation au niveau mondial.

Coûts du traitement chirurgical de la fente

Une étude de Galloway et al. (2017) a estimé le coût comparatif du traitement de la fente intégrant l'intervention chirurgicale, l'orthophonie, l'orthodontie et la chirurgie orthognathique.

Dans les pays à revenu élevé, où la prise en charge par l'État ou l'assurance maladie publique est la source de financement la plus courante, le coût direct total moyen du traitement des fentes est de 10 000 à 13 000 dollars tandis que dans les contextes à faible revenu, où les organisations de patients et de bienfaisance financent le traitement, le coût est de 3 000 à 5 000 dollars. Des recherches supplémentaires et des données plus complètes sont nécessaires pour étudier les différences de coûts afin que les patients et leurs familles aient une idée des implications financières à vie de la fente lorsque les coûts ne sont pas couverts par l'État ou les assurances.

Facteurs de risque

Les différences d'état de santé bucco-dentaire sont multifactorielles, allant des facteurs sociaux, environnementaux, biologiques, comportementaux et culturels aux facteurs économiques et politiques. L'accès limité aux services de soins bucco-dentaires, la complexité des systèmes de soins bucco-dentaires, le manque de matériel d'information sur la santé bucco-dentaire et les connaissances en matière de santé bucco-dentaire jouent également un rôle.

Ces différences sont la conséquence de facteurs qui échappent largement au contrôle des groupes de population, tels que l'accès aux services dentaires et l'exposition différentielle aux aspects malsains des environnements sociaux. La hiérarchie sociale est un facteur commun qui sous-tend ces inégalités. La position socio-économique influence l'exposition et la réaction à pratiquement tous les facteurs de risque environnementaux, comportementaux et psychosociaux. Plus la hiérarchie sociale est abrupte, plus l'ampleur des inégalités en matière de santé est importante.

La principale priorité des interventions en matière de santé bucco-dentaire devrait être la mise en place de politiques collaboratives et habilitantes soutenues par des recherches portant sur les principaux déterminants des maladies bucco-dentaires et sur les facteurs de risque communs et modifiables décrits ci-dessus.

Une étude menée auprès d'adultes âgés de 18 à 64 ans a révélé que la sécurité sociale et l'assurance maladie, un faible niveau d'alphabétisation, l'autosoin dentaire, ou son absence, et d'autres aspects comportementaux, tels qu'une consommation élevée de tabac, étaient des facteurs de risque majeurs pour les maladies parodontales et autres maladies bucco-dentaires parmi des groupes de statut socio-économique équivalent.

Santé publique et fentes orofaciales

Les fentes orofaciales constituent un défi majeur de santé publique. Les enfants porteurs de fentes échappent rarement aux complications dentaires. La correction chirurgicale de leur fente, en plus des problèmes médicaux courants chez les enfants présentant une fente, constitue l'essentiel de leurs soins. En conséquence, ils ont tendance à avoir plus de dents cariées et manquantes et une moins bonne santé bucco-dentaire par rapport à leurs pairs.

Ces différences peuvent être attribuées à :

- une bouche sèche causée par des habitudes de respiration buccale ;

- un nettoyage moins naturel des dents en raison de leur morphologie ;

- un régime alimentaire ou des habitudes alimentaires variables ;

- des anomalies dentaires ;

- une consommation accrue de médicaments sucrés ;

- un temps de clairance orale plus long pour les aliments.

Tous ces facteurs contribuent à la présence d'un plus grand nombre de bactéries carieuses dans la cavité buccale des enfants présentant une fente. Les parents et les soignants sont souvent tellement préoccupés par d'autres aspects des soins de santé de leur enfant, comme la chirurgie, la nutrition, la santé mentale et le développement du langage, qu'ils accordent peu d'attention aux soins dentaires préventifs de base. Tous ces facteurs exposent l'enfant à un risque accru de développer un CEC.

Au cours de leur développement, la prévalence plus élevée d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire chez les enfants atteints de fente peut être associée à :

(a) la présence de tissu cicatriciel résiduel suite aux multiples interventions chirurgicales réalisées au niveau de la région fendue, ce qui entrave le nettoyage des dents ;

(b) le manque d'intérêt pour l'hygiène buccale en raison de nombreux autres problèmes de santé tels que l'otite moyenne, les difficultés d'élocution ;

(c) l'anxiété que ressentent souvent les enfants lorsqu'ils se brossent les dents dans la région de la fente.

Parmi les autres obstacles aux soins bucco-dentaires chez ces enfants, citons le faible niveau d'alphabétisation des parents, le comportement induit par la peur et l'anxiété, le statut socio-économique, les priorités concurrentes, la mauvaise connaissance des services médicaux et dentaires disponibles, les relations patient-dentiste et les croyances et mythes socioculturels.

Tous ces facteurs soulignent l'importance des programmes de prévention bucco-dentaire individualisés pour les patients souffrant de fentes.

Défis associés aux effets des fentes

Les patients souffrant de fentes présentent des problèmes anatomiques, physiologiques, pathologiques et psychosociaux complexes et multi-systèmes. Il s'agit notamment de problèmes esthétiques, d'alimentation, de retards de parole et de langage, d'anomalies dentaires, des infections de l'oreille, des problèmes psychosociaux, tels que la stigmatisation et une qualité de vie réduite.

Résultats de l'apprentissage : Les participants comprendront les impacts plus larges de la fente sur la santé, le coût économique et les facteurs de santé publique.

JOUR 3 – MISE EN OEUVRE DU PROTOCOLE DE SÉCURITÉ ET DE QUALITÉ THE FDI/SMILE TRAIN

Sujet	Mise en œuvre du protocole de sécurité et de qualité de la FDI/ST		
Objectifs d'apprentissage	Comprendre : Comment utiliser le Protocole de sécurité et de qualité des procédures dentaires de la FDI/ST L'importance de l'assurance qualité Les stratégies de mise en œuvre de l'assurance qualité • Comment effectuer une évaluation périodique de la qualité des soins.		
Activité d'apprentissage	Description	Durée	Matériel requis
	• - Discutez des sections du protocole de sécurité et de qualité des procédures dentaires. • - Discuter des rôles et des responsabilités • - Identifier le cadre légal, syndical et administratif • - Établir des priorités et élaborer des échéanciers réalistes • - Révision et récapitulation	60mins	Notes autocollantes Marqueurs Tableau à feuilles mobiles PowerPoint Protocole de sécurité et de qualité de la FDI/ST

Pourquoi la qualité est importante dans les soins bucco-dentaires ?

- - En maintenant la qualité des soins fournis et en respectant les dépistages sanitaires recommandés, l'équipe de soins fente peut améliorer la santé des patients et obtenir de meilleurs résultats sanitaires,
- par exemple, moins d'heures d'école manquées en raison de douleurs dentaires.
- - En améliorant l'efficacité des processus de gestion et des processus cliniques, les organisations réduisent les coûts associés aux erreurs, au gaspillage de matériel et à la redondance.
- - Les processus proactifs qui reconnaissent et résolvent les problèmes avant qu'ils ne surviennent garantissent la fiabilité et la prévisibilité des soins de santé.
- Une culture de l'amélioration se développe fréquemment dans une organisation qui s'engage en faveur de la qualité, car les erreurs sont signalées et traitées.
- - Un engagement en faveur de la qualité donne une image positive d'une organisation, ce qui peut se traduire par une augmentation des possibilités de partenariat et de financement.

L'approche qualité

L'approche qualité est définie par l'OMS comme suit :

> une approche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison de procédures diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat possible en matière de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale..

Cela signifie que tous les prestataires de soins de santé devraient mettre en œuvre des processus récurrents, reproductibles et même « mesurables » qui garantissent la qualité et la sécurité de leurs interventions : c'est l'assurance qualité.

Assurance qualité (AQ) et amélioration de la qualité (AQ)

L'assurance qualité (AQ) implique le développement d'un ensemble de normes, et le processus de comparaison des normes actuelles avec les normes recommandées.

Si les normes sont respectées, on considère que les services sont de qualité adéquate. Si des lacunes sont identifiées, des plans pour les corriger sont élaborés afin de résoudre le problème.

L'amélioration de la qualité (AQ) consiste en des actions systématiques et continues qui conduisent à une amélioration mesurable des services de soins de santé et de l'état de santé de groupes de patients ciblés.

Comment définir la qualité des soins bucco-dentaires ?

L'une des définitions les plus couramment utilisées pour la qualité des soins de santé est celle de l'Institute of Medicine (IOM) et comprend six domaines : la sécurité du patient, la rapidité, la centralité du patient, l'équité, l'efficience et l'efficacité.

Sécurité des patients	Pour être considérés comme sûrs, les soins bucco-dentaires doivent • Éviter, atténuer ou minimiser les événements indésirables. • Préconiser une culture sans reproche pour faciliter l'amélioration de la qualité. • Tirer des enseignements des incidents de sécurité pour améliorer la qualité des soins. • Adopter des normes de sécurité minimales.
Ponctualité	Pour être considérés comme opportuns, les soins bucco-dentaires doivent • Éviter les retards inutiles dans l'accès et le recours aux soins. • Mettre en place une coordination des soins entre les prestataires de soins et les institutions. • Donner la priorité à la prévention ; éviter le recours précoce aux traitements réparateurs et autres.
Centrage sur le patient	Afin d'être considérés comme centrés sur le patient, les soins bucco-dentaires doivent - Respecter les préférences, les besoins, les valeurs, les craintes, les préoccupations et/ou les cultures de chaque patient et y répondre. - Suivre un modèle de prise de décision partagée lors de la prise de décisions cliniques. Pour gagner la confiance du patient, le professionnel de la santé bucco-dentaire doit communiquer avec lui et l'écouter, puis l'informer, l'éduquer et le guider pour s'assurer que les valeurs du patient influencent toutes les décisions cliniques.
Équité	Afin d'être considérés comme équitables, les soins bucco-dentaires doivent - Ne pas varier en termes de qualité et de disponibilité en raison du sexe, de l'origine ethnique, du contexte culturel, de la religion et des croyances, de l'emplacement géographique et/ou du statut socio-économique. - S'attaquer aux inégalités dans la conception, la planification et la mise en service des services de santé bucco-dentaire. - Incorporer l'équité dans la conception de la politique et des directives de pratique clinique.
Efficience	Afin d'être considérés comme équitables, les soins bucco-dentaires doivent - Encourager la prévention - Se concentrer sur les besoins des patients en matière de santé bucco-dentaire comme base centrale de la planification des ressources et du personnel. • - Faire partie intégrante de la médecine et décourager le clivage dentaire-médical.
Efficacité	Afin d'être considérés comme sûrs, les soins bucco-dentaires doivent - S'appuyer sur les preuves scientifiques et les directives les plus récentes. - être dispensés aux patients qui bénéficieront de ces soins. - aspirer à minimiser les dommages

Accessibilité	• Pour être considérés comme accessibles, les soins bucco-dentaires doivent • - Être accessibles et disponibles, en temps voulu, pour toute personne cherchant à se faire soigner. • - Être déterminés par des heures de rendez-vous et des intervalles de rappel basés sur les besoins et les préférences des patients

ourquoi avons-nous besoin d'une approche de qualité ?

Une approche de qualité dans les soins de santé est impérative et se reflète dans diverses législations :

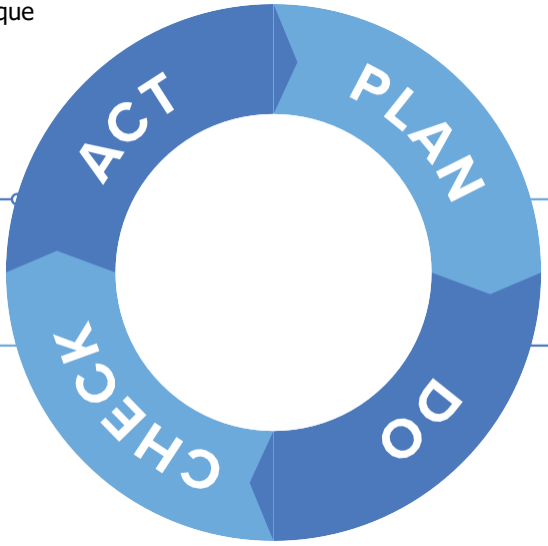
- Contexte juridique et réglementaire : la qualité des soins de santé est régie par un ensemble de lois et de règlements en vigueur dans chaque pays.
- Réglementations administratives : tous les cliniciens doivent être formés et enregistrés pour exercer dans le pays choisi, et rester dans le "champ d'exercice" défini par la législation ou la réglementation. Il existe de nombreuses autres réglementations administratives, par exemple l'obligation de souscrire une assurance responsabilité civile ou divers autres types d'assurance.
- Réglementation sanitaire et recommandations de bonnes pratiques : mesures spécifiques pour la sécurité des patients, définies par la loi et les règlements sous le contrôle des autorités sanitaires du pays, par exemple la réglementation sur les rayonnements ionisants.
- Réglementations éthiques : contrairement aux entreprises, les cabinets dentaires et les centres de santé sont responsables du bien-être des patients. Cette responsabilité est étayée par un code d'éthique qui précise ce qui peut et ne peut pas être fait. Un organisme officiel, le plus souvent le conseil médical ou dentaire, est chargé de veiller au respect de ces règles éthiques de confidentialité et de sécurité du patient.
- Législation du travail : les règles de la législation du travail, énoncées dans la législation nationale, s'appliqueraient aux membres du personnel, de sorte que les praticiens doivent les connaître.

Mise en œuvre de l'amélioration de la qualité

La mise en œuvre de nouvelles procédures pour se conformer aux normes de qualité des soins de santé, telles que l'organisation au niveau des systèmes de la FDI/ST, doit être testée et validée, généralement par le biais d'un cycle en quatre phases : planification, exécution, étude et action - le cycle PDSA :

Réagir et améliorer. Prenez les mesures correctives nécessaires pour réduire les écarts et vous assurer que ce qui a été réalisé restera stable. Chaque tour de roue fait progresser le projet jusqu'à ce que l'objectif soit finalement atteint.

Établir les objectifs de qualité et les processus nécessaires pour obtenir les résultats souhaités.



Vérifier que le projet se rapproche des objectifs, étudier les résultats, mesurer l'efficacité.

Mettez en œuvre le plan, réalisez les objectifs de l'étape précédente.

Étapes de mise en œuvre de l'amélioration de la qualité

Étapes	Questions & recommandations
Identifier et évaluer le problème Identifier les objectifs spécifiques	Quel est le problème que vous voulez résoudre ? Quelle mesure des résultats montrera que le problème a été résolu ?
Produire une description écrite des rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe dentaire pour atteindre l'objectif.	Qui est le mieux placé pour être le champion et le chef du projet ? Qui possède les connaissances cliniques et les compétences en matière de leadership pour être chef de projet ? Quels membres du personnel participeront à la collaboration de base et travailleront de manière proactive pour améliorer la qualité ?
Éducation et formation du personnel pour mettre en œuvre la mesure QI	former l'ensemble du personnel à la nouvelle méthode adoptée pour résoudre le problème ou améliorer le système
Établir un groupe d'essai qui mettra en œuvre la mesure d'AQ.	Le groupe test procède à une évaluation du nouveau système avec tous les membres de l'équipe dentaire.
Mise en œuvre de mesure d'AQ	Mettre en œuvre les changements par petites étapes gérables pour permettre une évaluation et un examen continus. Réduire le risque d'échec et les réactions négatives du personnel.
Vérification et évaluation des résultats	Examen du premier cycle de mise en œuvre pour revoir le processus et apporter les ajustements nécessaires
Répétition du processus d'amélioration de la qualité et identification de nouveaux objectifs si nécessaire.	Le processus d'amélioration doit disposer de suffisamment de temps pour réussir. Il est important de faire un bilan à plus long terme pour s'assurer que la nouvelle habitude et le nouveau processus sont devenus partie intégrante de la routine quotidienne.

Suivi et évaluation

L'amélioration de la qualité est un processus continu, et il est important de créer dans votre clinique une culture dans laquelle le personnel peut faire ouvertement des suggestions pour améliorer les soins aux patients, les procédures ou les systèmes. Le chef d'équipe doit utiliser le Protocole de sécurité et de qualité des procédures dentaires de la FDI/ST comme base pour assurer des normes minimales de sécurité, de soins et d'hygiène et continuer à développer cette ressource pour améliorer constamment les normes que vous fournissez.

Le contrôle et l'évaluation doivent être effectués régulièrement, à mesure que de nouvelles mesures d'amélioration de la qualité sont introduites. Cette responsabilité doit être confiée à une personne, généralement le chef de clini

Résultats d'apprentissage : Les participants seront en mesure de concevoir un protocole d'assurance qualité pour leur établissement.

1. La collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge des fentes :
a. 2 ou plusieurs professions de santé qui travaillent ensemble avec le patient.
b. L'objectif est d'obtenir les meilleures options et de prendre des décisions éclairées visant à obtenir les meilleurs résultats pour la santé.
c. La relation patient-professionnel ne bénéficie pas de la collaboration interprofessionnelle.
d. Les patients atteints de fente ont des besoins importants qui sont satisfaits par le spécialiste de la fente.
e. Les équipes soignantes instruisent directement le patient et sa famille sur leurs soins.

2. Qu'est-ce qu'une fente et comment peut-on la catégoriser ?
a. Une fente se produit lorsque des parties de la lèvre et/ou du palais et du nez ne fusionnent pas au cours du développement embryonnaire.
b. Les fentes peuvent être divisées en 3 catégories générales : (1) la fente palatine seule (CP) ; (2) la fente labiale unilatérale ou fente labiale unilatérale ou bilatérale avec ou sans fente alvéolaire ; et (3) fente labiale et fente palatine unilatérale ou bilatérale.
c. Les fentes peuvent être divisées en deux catégories générales : (1) fente palatine seule (CP) et (2) fente labiale et fente palatine unilatérale ou bilatérale.
d. La fente peut être divisée en deux catégories générales : (1) la fente palatine seule (CP) et (2) la fente labiale unilatérale.
e. La fente peut être divisée en deux catégories générales : (1) la fente palatine seule (CP) et (2) la fente labiale et palatine bilatérale.

3. Voici les facteurs qui, pendant la grossesse, augmentent le risque de fente :
a. Le stress émotionnel pendant la grossesse
b. La prise de médicaments après la grossesse
c. La consommation d'alcool et de tabac
d. Le diabète sucré gestationnel
e. Antécédents familiaux

4. Ce sont les caractéristiques de la carie de la petite enfance (CPE) :
a. La présence d'une ou plusieurs surfaces dentaires cariées, manquantes (à cause de la carie) ou obturées dans une dent primaire quelconque.
b. La présence d'une ou plusieurs surfaces dentaires cariées, manquantes (à cause d'une carie ou d'un traumatisme) ou obturées sur une dent primaire.
c. Elle peut commencer dès l'éruption des dents en bouche.
d. Elle peut commencer lorsque toutes les dents primaires ont fait éruption.
e. Elle ne se produit que sur les dents permanentes

5. Quels sont les avantages de la classification LAHSAL ?
a. Elle permet de décrire et d'enregistrer chaque fente orofaciale typique non syndromique.
b. Elle est précise et concise
c. Contrairement aux classifications alternatives, elle enregistre le degré de complétude, la latéralité et les microformes
d. Elle prend du temps à utiliser
e. Elle décrit les classifications de la forme des dents

6. Qu'est-ce que le biofilm et comment se forme-t-il ?
a. Le biofilm est une couche molle et collante qui adhère à la surface de la dent.
b. Il est composé de micro-organismes buccaux et de protéines présentes dans la salive.

c. La "pellicule d'émail acquise" est la couche externe de la structure de la dent
d. Elle se forme lorsque les gens se brossent trop fort les dents
e. Elle est causée par l'eau potable dure

---

7. Les dents incluses se trouvent le plus souvent dans :
a. La région antérieure du maxillaire
b. La région des canines et des troisièmes molaires du maxillaire.
c. Région antérieure du mandibule
d. Région canine mandibulaire et région de la troisième molaire
e. La région de la deuxième molaire mandibulaire

8. Quels sont les effets possibles d'une perte prématurée dans la dentition primaire ?
a. Elle peut accélérer ou retarder l'éruption des dents permanentes
b. Migration des dents adjacentes
c. Perte d'espace pour l'éruption des dents permanentes
d. Résorption des racines des dents adjacentes
e. Malocclusion future

9. Caractéristiques de l'ART :
a. L'ART est une technique de restauration atraumatique.
b. L'ART est la technique anti-résiduelle
c. Technique mini-invasive où la carie est retirée à la main à l'aide d'une excavatrice.
d. Elle vise à prévenir la mort pulpaire
e. Il s'agit d'une approche préventive de la carie dentaire

10. Pourquoi les soins de restauration à des fins d'amélioration esthétique sont-ils importants chez les adolescents et les adultes présentant une fente ?
a. Plusieurs conditions différentes peuvent affecter l'esthétique dentaire chez les patients présentant une fente.
b. Les améliorations esthétiques peuvent améliorer les effets psychosociaux chez les patients atteints de fente.
c. La confiance en soi et la confiance sociale peuvent être affectées chez les patients souffrant de fente dentaire.
d. Les améliorations esthétiques ne sont pas importantes
e. Ce n'est pas important

TEST POST-COURS

1. **Quels sont les obstacles que rencontrent les patients souffrant de fente labiale pour accéder aux soins de santé et aux soins bucco-dentaires ?**
   a. Le coût des traitements.
   b. Le manque de connaissances et les croyances préconçues des parents.
   c. L'accès aux soins de santé.
   d. Le soutien aux familles.
   e. Il n'y a pas d'obstacles

2. **Quelles sont les affections bucco-dentaires courantes associées à la fente ??**
   a. Les caries dentaires.
   b. La maladie parodontale.
   c. La malocclusion.

d. Anomalie de l'éruption dentaire et du nombre de dents.
e. Forme et symétrie de l'arcade dentaire.

3. Caractéristiques de la classification LAHSAL :

a. Méthode anatomique simple, efficace et précise pour la classification des dents.
b. Méthode anatomique simple, efficace et précise pour la classification des fentes.
c. Elle inclut la complétude de la fente.
d. Elle n'inclut pas l'intégralité de la fente.
e. C'est une méthode qui prend beaucoup de temps pour enregistrer la classification de la fente..

3. Outre les caries, quelles sont les autres causes des taches blanches ?
a. La fluorose dentaire.
b. Les caries arrêtées.
c. Traumatisme dentaire au niveau du bourgeon de la dent.
d. Hypominéralisation de l'incisive morale.
e. Décalcification de l'émail.

4. Caractéristiques de la dentisterie mini-invasive :

a. Elle comprend la prévention, la reminéralisation et les restaurations à intervention minimale.
b. Son objectif est d'atteindre les meilleurs résultats avec l'approche chirurgicale la moins invasive.
c. Elle vise à retirer la quantité minimale de tissus sains.
d. Les dents présentant des caries dentaires doivent être immédiatement extraites.
e. Elle enseigne aux parents comment faire de la dentisterie à la maison.

4. Que sont les couronnes à bandes et les couronnes en zircone ?
5. a. Les couronnes en bandes sont des couronnes en celluloïd utilisées pour restaurer les caries proximales multi-surfaces des dents antérieures primaires à l'aide de résines composites.
b. Les couronnes en bandes peuvent être utilisées chez les enfants de moins de 3 ans pour une réhabilitation complète de la bouche sous anesthésie générale.

c. Les couronnes en zircone sont les restaurations esthétiques les plus récentes pour les dents primaires antérieures et postérieures.
d. Les couronnes en zircone offrent des restaurations très esthétiques avec une bonne adaptation des tissus aux bords de la couronne.cosmetic treatments

6. Il s'agit d'interventions spécifiques pour les patients atteints de fente âgés de plus de 18 ans :

a. Les soins bucco-dentaires sont essentiels mais ne doivent pas être adaptés au patient.
b. Évaluation continue de l'hygiène dentaire et de la maladie parodontale.
c. Fournir des informations et des outils pour l'arrêt du tabac et la réduction de la consommation d'alcool si nécessaire.
d. Donner des instructions sur la prévention des blessures et l'utilisation d'un protège-dents adapté pendant les activités sportives.
e. Les personnes âgées de plus de 18 ans n'ont pas besoin d'interventions en matière de santé bucco-dentaire.

6. Caractéristiques du coaching de santé ou de l'entretien motivationnel :

a. Il s'agit d'une approche centrée sur la personne, qui fait partie de la Déclaration de Genève de 2015 sur les soins de santé primaires centrés sur la personne.
b. Il s'agit d'une approche centrée sur le traitement, qui fait partie de la Déclaration de Genève de 2015 sur les soins de santé primaires centrés sur la personne.
c. Elle permet aux individus de prendre conscience d'eux-mêmes, et d'identifier les obstacles et les facilitateurs de comportements plus sains.
d. Elle est axée sur l'autonomisation et l'engagement actif des individus dans le processus de prise de décision concernant leur propre santé.

e. Elle se concentre sur la responsabilisation et l'engagement des praticiens dans le processus de prise de décision concernant la santé de leurs patients..

---

7. Voici les facteurs qui influencent la cicatrisation :

a. La profondeur de la blessure.
b. Le degré de destruction des tissus.
c. Introduction d'agents pathogènes.
d. Emplacement de la plaie.
e. Données démographiques et âge du patient.

8. Quels sont les défis associés aux effets des fentes ?

a. La qualité de vie n'est pas affectée.
b. Problèmes anatomiques complexes et multisystèmes.
c. Problèmes psychosociaux.
d. Retards de l'alimentation et de la parole/du langage.
e. Infections de l'oreille.

RÉPONSES AU TEST PRÉALABLE AU COURS

	a	b	c	d	e
1	T	T	F	F	F
2	T	T	F	F	F
3	T	T	T	T	T
4	T	F	T	F	F
5	T	T	T	F	F
6	T	T	F	F	F
7	F	T	F	F	F
8	T	T	T	T	T
9	T	F	T	T	F
10	T	T	T	F	F

RÉPONSES AU TEST POST-COURS

	a	b	c	d	e
1	T	T	T	T	F
2	T	T	T	T	T
3	F	T	T	F	F
4	T	F	T	T	F
5	T	T	T	F	F
6	T	T	T	T	F
7	F	T	T	T	F
8	T	F	T	T	F
9	T	T	T	T	T
10	F	T	T	T	T

RRÉCAPITULATIF DES RÉPONSES JOUR 1

1. Why is interprofessional collaboration important?

Shared decision-making improves patient and professional relationships and also improves health outcomes

There may be an adverse effect on children's quality of life if they are not able to access the full range of services, especially speech therapy and oral healthcare.

1. What are the factors that affect the care a child with cleft receives?

Babies born with cleft have significant needs from a wide range of healthcare specialties, and the care they receive depends on many factors, including distance from the clinic, cost of treatment and parental knowledge and beliefs.

2. How do clefts develop?

During the fourth week of development, a series of six paired, right and left, swellings form near the cranial, or head, end of the foetus. These are called branchial arches. The branchial arches develop into important structures in the head and neck, as well as the major arteries in the chest.
The first branchial arch develops structures called the maxillary and mandibular prominences. In the centre of the upper face, a structure called the frontonasal prominence, which is separate from the branchial arches, forms, among other things, the nostrils and the philtrum. The medial maxillary prominences fuse with the frontonasal prominence during this time. Failure of this process results in a cleft lip.

3. How can clefts be prevented?

- Prenatal examination and genetic counselling
- Maternal nutrition and cleft lip and palate
- Folic acid supplement
- Medication during pregnancy
- Alcohol and tobacco
- Prevention of gestational diabetes mellitus and maternal obesity
- Stress control

4. Why are primary teeth important?

- Allow children to chew and eat properly.
- Help your child to speak more clearly.
- Maintain space for the eruption of adult teeth.
- Guide adult teeth into place.
- Help to shape the infant's face.
- Prevent early childhood caries.
- Keep future dental costs to a minimum.
- Offset the need for orthodontic treatment later.
- Reduce the risk of caries in permanent teeth.

5. What is Early Childhood Caries?

Early childhood caries (ECC) is defined as the presence of one or more decayed, missing (due to caries) or filled tooth surfaces in any primary tooth.

Severe ECC is characterized by a distinctive pattern of tooth decay in infants and young children, often beginning on the maxillary anterior teeth and rapidly progressing to the other primary teeth as they erupt.

ECC can begin to develop as soon as teeth erupt into the mouth at 6-10 months of age, which is why an early oral health assessment and fluoride varnish treatments are so important.

6. What 4 things are needed for dental caries to occur?

- Time
- Susceptible tooth surface
- Plaque biofilm
- Sugar substrate

7. How does plaque contribute to dental caries?

- Plaque biofilm is characterised by acidogenic bacteria, such as Streptococcus Mutans.
- When the child consumes free sugars, the bacteria metabolise the carbohydrates into acidic waste products, causing the pH of the mouth to drop.
- Essential minerals are leached out of the tooth structure, leading to demineralisation.
- In a healthy oral environment, saliva production removes this acidic environment over a time period of approximately 30-40 minutes, and remineralisation occurs.
- However, if the child has suboptimal oral hygiene and is frequently consuming free sugars or fermentable carbohydrates, the mouth remains in an acidic pH, leading to dental caries.

8. How does diet contribute to dental caries?

When the child consumes free sugars, the bacteria metabolise the carbohydrates into acidic waste products, causing the pH of the mouth to drop.

9. What can white spots on tooth enamel be caused by?

- Hypomineralisation
- Fluoride
- Trauma
- Hypomineralisation
- Decalcification

RECAP ANSWERS DAY 2

1. Pourquoi est-il important de prendre en charge les dents manquantes chez les enfants atteints de fente ?

Les enfants atteints de fente labiale ont souvent des dents manquantes, supplémentaires ou malformées, ce qui peut avoir un impact négatif sur le développement psychologique de l'enfant lorsqu'il devient plus social et commence l'école.

2. Citez trois raisons pour lesquelles les dents primaires sont importantes chez les enfants.

- Allow children to chew and eat properly.
- - Aidez votre enfant à parler plus clairement.
- - Maintenir un espace pour l'éruption des dents adultes.
- - Guider les dents adultes en place.
- - Aider à façonner le visage de l'enfant.
- - Prévenir les caries de la petite enfance.
- - Réduire au minimum les frais dentaires futurs.
- - Compenser la nécessité d'un traitement orthodontique ultérieur.
- - Réduire le risque de caries dans les dents permanentes..

3. Que peut-il arriver si une incisive primaire est perdue prématurément ?

- Peut entraîner des problèmes d'encombrement, de surjet ou de supraclusion.
- La parole peut être affectée
- Problèmes psychosociaux

4. Quel type de mainteneur d'espace peut être utilisé pour une première molaire primaire perdue unilatéralement ?

Un appareil à bande et boucle est l'option préférée, généralement à partir des premières molaires permanentes.

4. A quel âge faut-il faire une radiographie pour évaluer la nécessité d'une greffe d'os alvéolaire ?

Entre 6 et 7 ans

5. Qu'est-ce que la dentisterie mini-invasive ?

La dentisterie mini-invasive est une philosophie qui intègre la prévention, la reminéralisation et une intervention minimale pour la pose et le remplacement des restaurations.

6. Citez deux techniques mini-invasives

a. Technique de restauration atraumatique
b. Fluorure de diamine d'argent
c. Technique de Hall

7. Citez deux interventions de santé bucco-dentaire pour les 6-12 ans

a. Expliquer aux patients et à leurs parents ou tuteurs les causes de la carie dentaire et des maladies des gencives.
b. Application professionnelle de fluorure
c. La gestion des cicatrices doit être expliquée aux soignants et aux patients
d. Hygiène buccale adaptée à l'âge - brossage des dents, nettoyage de la bouche
e. Conseils diététiques - alimentation de nuit, biberons

f. Discutez des habitudes néfastes - succion du pouce, sucettes, serrement des dents, bruxisme et rongement des ongles - et de la prévention des blessures.
g. Utilisation de dentifrice fluoré, suppléments de fluorure si nécessaire.

8. Comment nettoyer un obturateur ?

Retirer et nettoyer dans de l'eau bouillie et refroidie.

9 Quelles sont les quatre étapes pour améliorer les comportements en matière de santé bucco-dentaire ??

a. Engager
b. Se concentrer
c. Évoquer
d. Planifier

RÉCAPITULATIF DES RÉPONSES JOUR 3

1. Pourquoi la prise en charge de la cicatrice est-elle importante pour les patients atteints de fente ?

La cicatrice de la réparation d'une fente labiale peut provoquer une asymétrie des lèvres, car la cicatrice se contracte, ce qui entraîne un raccourcissement des lèvres et une déformation nasale du côté concerné.

2. À quelle fréquence une cicatrice doit-elle être réexaminée ?

Un examen clinique mensuel de la cicatrice est raisonnable

3. Quelles sont les instructions relatives à la gestion de la cicatrice qui doivent être données au patient et à l'aidant ?

- - Les patients doivent continuer à panser la plaie avec du ruban adhésif (triple couche, l'une sur l'autre).
- - Il faut conseiller aux patients de revenir à la clinique avant la visite prévue si la plaie commence à avoir l'air "musclée" ou "bouleversée".
- - La cicatrice doit être massée régulièrement, de la columelle à la bordure vermillon, trois à cinq fois par jour. La fréquence doit diminuer à mesure que la cicatrice gagne en souplesse.

4. Qu'est-ce que la qualité de vie ?

L'Organisation mondiale de la santé définit la qualité de vie comme la perception qu'a un individu de sa position dans la vie dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans lesquels il vit et par rapport à ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses préoccupations.

3. Citez deux facteurs de santé

- PPhysique
- - Émotionnel
- - Social
- - spirituel
- - Intellectuel

4. Citez cinq facteurs de risque pour la santé bucco-dentairesocial

- l'environnement
- - biologique
- - comportementaux
- - facteurs culturels
- - facteurs économiques
- - facteurs politiques.
- - accès limité aux services de santé bucco-dentaire
- - systèmes de soins bucco-dentaires compliqués
- - manque de matériel d'information sur la santé bucco-dentaire
- - connaissance de la santé bucco-dentaire

4. **Pourquoi la qualité des soins de santé est-elle importante ??**
   - - Améliorer la santé des patients et obtenir de meilleurs résultats sanitaires, par exemple en réduisant le nombre d'heures d'école manquées en raison de douleurs dentaires.
   - - En améliorant l'efficacité des processus de gestion et des processus cliniques, les organisations réduisent les coûts associés aux erreurs, au gaspillage de matériel et à la redondance.
   - - Les processus proactifs qui reconnaissent et résolvent les problèmes avant qu'ils ne surviennent garantissent la fiabilité et la prévisibilité des soins de santé..

5. **Comment définir la qualité dans les soins de santé ?**
   - Sécurité des patients
   - - Rapidité d'exécution
   - - Centrage sur le patient
   - - Equitabilité
   - - Efficacité
   - - Efficacité
6. **Pourquoi avons-nous besoin d'une approche de qualité?**
   - Contexte juridique et réglementaire : la qualité des soins de santé est régie par un ensemble de lois et de règlements en vigueur dans chaque pays.
   - - Réglementations administratives : tous les cliniciens doivent être correctement formés et enregistrés pour exercer dans le pays choisi.
   - - Réglementation sanitaire et recommandations de bonnes pratiques : mesures spécifiques pour la sécurité des patients, définies par la loi et les règlements.
   - - Réglementations éthiques : contrairement aux entreprises, les cabinets dentaires et les centres de santé ont une responsabilité dans le bien-être des patients.
   - - Législation du travail : les règles du droit du travail définies dans la législation nationale

7. **Quelles sont les quatre étapes d'un cycle d'amélioration de la qualité ?**
   - Planifier
   - Faire
   - Étudier
   - Agir

ÉVALUATION DU COURS

Nous vous remercions de votre participation à l'atelier de formation sur la santé bucco-dentaire pour les soins complets des fentes. Afin d'évaluer l'impact du programme de formation et la satisfaction des stagiaires, veuillez remplir ce formulaire dans son intégralité.

Veuillez être honnête dans vos évaluations et répondre aux questions aussi complètement que possible. Vos commentaires seront soigneusement examinés et utilisés par les organisateurs de la formation pour informer les formations futures et les ajustements du programme, si nécessaire.

	Oui	Plutôt	Non
Les objectifs de la formation étaient-ils clairement définis ?			
Les sujets abordés étaient-ils pertinents pour vous ?			
La formation a-t-elle répondu à vos attentes ?			
Le contenu était-il bien organisé et facile à suivre ?			
La structure du contenu était-elle claire et logique ?			
Le formateur a-t-il fourni des exemples pertinents during the training?			
Le formateur a-t-il pu répondre à toutes vos questions et préoccupations ?			
Avez-vous disposé de suffisamment de temps pour suivre la formation ?			
La formation était-elle suffisamment interactive ?			
La participation et l'interaction ont-elles été encouragées ?			
Les documents distribués ont-ils été utiles ?			

Le multimédia utilisé dans la formation a-t-il facilité la compréhension du sujet ?			

	Bon	Neutre	Perfectible
Que pensez-vous de la compétence du formateur ?			
Comment décririez-vous le rythme de l'entraînement ?			
Comment évaluez-vous la formation dans son ensemble ?			
La formation était-elle bien structurée ?			
	Oui	Peut-être	Non
Recommanderiez-vous cette formation à un ami ou un collègue ?			

Qu'est-ce qui vous a le plus plu dans cette formation ?

Qu'est-ce que vous changeriez dans cette formation ?