

Prescrire des suppléments fluorurés aux enfants

par Daniel Picard

LE GUIDE *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans*¹ précise qu'il faut consulter son dentiste, son hygiéniste dentaire ou son médecin à propos des gouttes ou des comprimés de fluorure. Comme les parents d'enfants de moins de trois ans consultent plus souvent les médecins que les dentistes, vous risquez donc d'être appelés à vous prononcer en premier sur le sujet. Sachez que l'Ordre des dentistes du Québec (ODQ)², l'Association dentaire canadienne (ADC)³, la Direction de santé publique de Montréal (DSP)⁴ et la Société canadienne de pédiatrie (SCP)⁵ ont adopté une position commune depuis la tenue, en 1997, d'une conférence consensuelle⁶ sur la prescription de suppléments fluorurés à de jeunes enfants. Il existe, notamment, un consensus canadien voulant qu'une évaluation du risque de carie dentaire soit maintenant nécessaire avant de prescrire des suppléments fluorurés à un jeune enfant. Par contre, la façon de s'acquitter de cette obligation semble moins claire à la lecture des prises de position de chacune de ces organisations professionnelles. Alors que l'ODQ², l'ADC³ et la DSP⁴ reconnaissent que l'enfant doit faire l'objet d'un examen clinique complet, l'énoncé de principes de la SCP⁵ est moins précis à ce sujet et mentionne seulement que l'avis d'un dentiste ou d'un autre professionnel doit être demandé pour déterminer la nécessité de prescrire des suppléments fluorurés à un jeune enfant. Dans les faits, cependant, il serait illogique de penser qu'un dentiste ou un autre professionnel de la santé puisse exprimer son opinion professionnelle sur le sujet sans

Le Dr Daniel Picard, dentiste et spécialiste en santé dentaire communautaire, est dentiste-conseil à la Direction de santé publique de Montréal et conférencier invité au programme de maîtrise en santé dentaire communautaire du Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal.

procéder d'abord à un examen clinique complet.

Dans un tel contexte, l'idéal pour un médecin consiste alors à recommander une visite chez le dentiste dès l'apparition des premières dents, soit vers l'âge de six mois, ce qui équivaut à lui déléguer la responsabilité de prescrire des suppléments fluorurés. Cette solution est logique étant donné qu'il existe d'autres motifs encore plus importants pour recommander la visite au cabinet dentaire en bas âge⁷, dont notamment l'importance d'assurer un *counselling* adéquat en matière d'hygiène dentaire adapté aux besoins spécifiques de l'enfant⁷. Cependant, dans la vraie vie, il n'est pas certain que tous les parents vont effectivement consulter un dentiste à la suite de votre recommandation. Vous serez alors dans une position inconfortable où vous aurez à prendre la décision de prescrire ou non des suppléments fluorurés.

L'objectif de cet article est de repérer quelques questions fondamentales auxquelles vous devriez être en mesure de répondre avant de prescrire des suppléments fluorurés à un jeune enfant.

Peut-on prescrire des suppléments fluorurés avant l'âge de six ans ?

À ce sujet, le libellé des positions canadiennes peut porter à confusion. Le libellé de la position de l'ODQ², de l'ADC³ et de la DSP⁴ se lit comme suit : « L'utilisation des suppléments fluorurés avant l'éruption de la première dent permanente est généralement déconseillée ». Or, la première dent permanente fait habituellement éruption vers six ans. Sur ce point, l'énoncé de principes de la SCP⁵ stipule que « Les suppléments de fluorure ne devraient être administrés qu'à compter de six mois... ». Pour ajouter à la confusion, il existe une position consensuelle⁸ aux États-Unis de l'American Dental Association^{8,9}, de l'American Academy of Pediatric Dentistry^{8,10}, de l'American

Il existe un consensus canadien voulant qu'une évaluation du risque de carie dentaire soit maintenant nécessaire avant de prescrire des suppléments fluorurés à un jeune enfant.

Academy of Pediatrics⁸ et du US Preventive Services Task Force¹¹. On y recommande de prescrire des suppléments fluorurés dès l'âge de six mois lorsque la concentration en fluorure dans l'eau est inférieure à 0,3 ppm, mais à partir de trois ans, lorsque elle se situe entre 0,3 et 0,6 ppm. Le US Preventive Services Task Force¹² vient d'ailleurs de solliciter les médecins américains afin qu'ils prescrivent des suppléments fluorurés aux enfants dès qu'ils ont 6 mois si l'eau de leur municipalité est jugée déficiente en fluorure, selon les critères cités précédemment. Enfin, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC)¹³ n'émettent aucune recommandation sur le sujet et se contentent de reconnaître à la fois l'existence d'un risque de fluorose dentaire et d'un avantage (prévention de la carie dentaire) associés à l'utilisation des suppléments fluorurés avant l'âge de six ans.

Comment expliquer l'existence de positions différentes sur le sujet? On peut le faire, en partie, par l'importance relative accordée au fait d'incorporer du fluor dans l'émail en formation afin d'augmenter sa résistance à l'attaque carieuse. L'utilité réelle de cette stratégie du point de vue de la prévention de la carie dentaire ne fait pas l'unanimité au sein de la profession dentaire^{6,8,14-16}, alors que l'importance d'assurer un apport quotidien en fluorure à la surface des dents lors du brossage avec un dentifrice fluoruré ne fait aucun doute d'un point de vue scientifique²⁻¹⁶. Il a pourtant été démontré *in vitro* que la fluoroapatite (constituant de l'émail enrichi de fluorure) nécessite un seuil d'acidité plus élevé¹⁴⁻¹⁵ (4,5 plutôt que 5,5) que l'hydroxyapatite (constituant de l'émail dépourvu de fluor) avant de se déminéraliser, conférant ainsi à l'émail enrichi une plus grande résistance à la carie dentaire. Certaines études épidémiologiques portant sur la carie dentaire permettent également de croire à l'utilité d'incorporer du fluorure à l'émail pendant sa formation¹⁴⁻¹⁶. Néanmoins, leur niveau de preuves scientifiques ne permet pas de faire l'unanimité sur le sujet. Une partie de la controverse entourant la pertinence de commencer tôt à prescrire

des suppléments fluorurés dans la vie d'un enfant se situe à ce niveau, mais d'autres facteurs l'alimentent.

Les partisans²⁻⁶ d'une utilisation tardive des suppléments fluorurés, c'est-à-dire pas avant six ans, font généralement valoir le risque accru de fluorose dentaire et l'existence d'autres mesures ou interventions professionnelles préventives (vernis fluorurés, gomme à mâcher au xylitol, rince-bouche et gel fluorurés, matériaux dentaires et ciments dentaires qui libèrent du fluorure, scellants dentaires¹⁷, etc.) capables de remplacer efficacement le recours aux suppléments fluorurés, la difficulté à maîtriser, surtout en bas âge, la quantité de fluorure ingérée, la faible utilisation de tels suppléments par les familles présentant un risque élevé de carie dentaire, des difficultés fréquentes liées à l'observance thérapeutique et, enfin, leur utilité discutable en présence d'une bonne hygiène buccale et d'une consultation régulière auprès d'un dentiste. Bref, ils préfèrent recommander le brossage efficace des dents deux fois par jour avec un dentifrice fluoruré, dans une perspective visant à réduire le risque de fluorose dentaire. Certains considèrent également dangereux de véhiculer un message qui peut donner l'impression que le fait de donner une sorte de « produit miracle » (gouttes, comprimés ou pastilles fluorurés) à un enfant plus exposé à la carie dentaire puisse permettre à un parent de se soustraire à la responsabilité quotidienne de l'hygiène dentaire de son enfant.

Les tenants^{7-12,14,16} d'une utilisation plus précoce des suppléments fluorurés, c'est-à-dire à partir de six mois, font valoir que l'efficacité des fluorures s'accroît lorsqu'ils sont utilisés le plus tôt possible dans la vie de l'enfant, notamment parce qu'un apport quotidien de 0,05 mg à 0,07 mg de fluorure par kilogramme de poids corporel^{2,8-10,13}, jusqu'à une limite de 1 mg par jour, contribue à former un émail plus résistant à la carie dentaire. Bref, pour eux, il est possible de maîtriser le risque de fluorose dentaire, de sorte qu'il est avantageux de tenter de fournir à un jeune enfant présentant des risques élevés de carie dentaire un apport optimal en fluorure par voie orale.

Les partisans d'une utilisation tardive des suppléments fluorurés, c'est-à-dire pas avant six ans, font généralement valoir le risque accru de fluorose dentaire et l'existence d'autres mesures ou interventions professionnelles préventives capables de remplacer efficacement ces suppléments.

Les tenants d'une utilisation plus précoce des suppléments fluorurés, c'est-à-dire à partir de six mois, font valoir que l'efficacité des fluorures s'accroît lorsqu'ils sont utilisés le plus tôt possible dans la vie de l'enfant, notamment parce qu'un apport quotidien de 0,05 mg à 0,07 mg de fluorure par kg de poids corporel, jusqu'à une limite de 1 mg par jour, contribue à former un émail plus résistant à la carie dentaire.

Pour y voir plus clair, il convient donc d'aborder le sujet de la fluorose dentaire et de discuter de la possibilité de maîtriser la quantité de fluorure ingérée en bas âge.

Existe-t-il un risque à prescrire des suppléments fluorurés avant l'âge de six ans ?

Un surexposition aux fluorures avant l'âge de six ans peut conduire à la fluorose dentaire, un défaut de minéralisation de l'émail d'intensité variable, mais proportionnel à la quantité de fluorure ingérée en bas âge^{2-4,6,9,10,13}. La fluorose dentaire légère ne met pas la santé en danger^{4,7-8}, mais l'aspect esthétique des dents peut être touché en raison de l'apparition de taches blanches⁴. L'importance relative accordée à la fluorose dentaire légère varie selon les gens, d'où la nécessité d'obtenir un consentement éclairé de la part des parents (images à l'appui autant que possible) avant de prescrire des suppléments fluorurés. Aux États-Unis, la prévalence de fluorose dentaire légère est d'environ 20 %¹⁸.

Peut-on maîtriser le risque de fluorose dentaire à la suite de l'utilisation de suppléments fluorurés avant l'âge de six ans et, si oui, comment ?

Les principaux facteurs de risque associés à la fluorose dentaire sont, par ordre d'importance¹⁸ : l'utilisation inappropriée de suppléments fluorurés, l'ingestion non intentionnelle de fluorure à partir du dentifrice fluoruré ou de l'alimentation lorsque, notamment, des préparations à base de soja, riches en fluorure, sont utilisées ou que les préparations pour nourrisson sont reconstituées avec de l'eau fluorurée.

L'utilisation inappropriée des suppléments fluorurés

Le risque accru de fluorose dentaire associé à l'utilisation inappropriée des suppléments fluorurés peut être lié à deux types d'erreur humaine et à une mauvaise conception du produit. La première erreur humaine concerne les professionnels qui prescrivent des suppléments fluorurés à des enfants qui habitent une municipalité où l'eau est suffisamment fluorurée¹⁸. La deuxième concerne les parents qui, ayant oublié de donner les suppléments fluorurés une journée ou ne se rappelant plus de l'avoir fait, donnent le double de la dose quotidienne recommandée le lendemain, dans l'espoir de se reprendre. La mauvaise conception du produit concerne strictement les gouttes de fluorure. Certaines marques de gouttes fluorurées libèrent une quantité de fluorure difficile à maîtriser en raison du dosage fourni. Pour obtenir 0,25 mg de fluorure, il suffit d'une demi-goutte de certaines marques, alors que 18 gouttes sont nécessaires pour d'autres⁸. Pour la majorité des produits, il faut cependant deux gouttes. Pour des raisons de sécurité, on ne devrait pas recommander une marque qui nécessite moins de 2 gouttes pour obtenir 0,25 mg de fluorure, afin de diminuer le risque de surdosage. Néanmoins, l'arrivée sur le marché de capsules prédosées fournissant 0,25 mg de fluorure serait souhaitable⁸.

tement les gouttes de fluorure. Certaines marques de gouttes fluorurées libèrent une quantité de fluorure difficile à maîtriser en raison du dosage fourni. Pour obtenir 0,25 mg de fluorure, il suffit d'une demi-goutte de certaines marques, alors que 18 gouttes sont nécessaires pour d'autres⁸. Pour la majorité des produits, il faut cependant deux gouttes. Pour des raisons de sécurité, on ne devrait pas recommander une marque qui nécessite moins de 2 gouttes pour obtenir 0,25 mg de fluorure, afin de diminuer le risque de surdosage. Néanmoins, l'arrivée sur le marché de capsules prédosées fournissant 0,25 mg de fluorure serait souhaitable⁸.

L'ingestion non intentionnelle de fluorure par un jeune enfant

Le risque d'ingestion non intentionnelle de dentifrice fluoruré par un jeune enfant s'explique par le fait que la maîtrise suffisante du réflexe de déglutition survient rarement avant l'âge de deux ou trois ans⁸. Aux États-Unis, ce facteur de risque explique environ 34 % des cas de fluorose dentaire rencontrés dans les villes où l'eau n'est pas fluorurée et quelque 68 % des cas dans celles où elle l'est¹⁸. Il s'agit donc d'un facteur de risque important à prendre en compte. C'est d'ailleurs ce qui explique pourquoi on limite maintenant la quantité de dentifrice fluoruré d'adulte fournie à de jeunes enfants à la grosseur d'un petit pois^{1-6,8-10,13}. Il existe maintenant un dentifrice dit « d'entraînement » qui ne contient pas de fluor et qui peut être avalé sans risque de fluorose dentaire (*Orajel Toddler Training Toothpaste*^{® 19}). Certains enfants adorent le goût du dentifrice et en avalent une grande quantité. Pour ces derniers, cette solution est particulièrement intéressante. L'efficacité préventive de ce dentifrice n'a cependant jamais été démontrée. Pas plus d'ailleurs que le fait de fournir une quantité limitée de dentifrice fluoruré d'adulte à un jeune enfant. Néanmoins, d'un point de vue théorique, le recours à ce type de dentifrice peut permettre de bénéficier de l'action nettoyante d'un dentifrice, tout en éliminant le risque de fluorose dentaire. Une solution de rechange qui permettrait alors de mieux maîtriser la quantité de fluorure ingérée par un jeune enfant est de prescrire des suppléments fluorurés lorsque les autres sources de fluorure ingérée sont également maîtrisées. De toute façon, avec ou sans suppléments de fluorure, la quantité totale de fluorure ingérée par un jeune enfant devrait toujours être maîtrisée.

La fluorose dentaire légère ne met pas la santé en danger, mais l'aspect esthétique des dents peut être touché en raison de l'apparition de taches blanches.

T A B L E A U

Schéma posologique de suppléments fluorurés (mg/j) le plus souvent recommandé en Amérique du Nord^{6,8-13}

| Âge de l'enfant | Concentration en fluorure de la principale source d'eau potable (ppm) | | | Formes recommandées |
|--------------------------|---|------------|-------|--|
| | < 0,3 | 0,3 – 0,6* | > 0,6 | |
| De la naissance à 6 mois | 0 | 0 | 0 | – |
| De 6 mois à 3 ans | 0,25 mg | 0 | 0 | Gouttes < 2 ans, puis pastilles de 2 à 3 ans (approximativement) |
| De 3 ans à 6 ans | 0,50 mg | 0,25 mg | 0 | Pastilles > comprimés |
| De 6 ans à 16 ans | 1 mg | 0,50 mg | 0 | Pastilles > comprimés |

Notes explicatives : Les gouttes de 0,25 mg et les comprimés de 1 mg sont couverts, alors qu'aucun comprimé de 0,50 mg ni aucune pastille de 0,25, 0,50 et 1 mg ne le sont pas. Il en coûte environ 30 \$ par année pour offrir des suppléments fluorurés à un enfant.

* L'Association dentaire canadienne⁶ et la Société canadienne de pédiatrie⁵ ne recommandent pas de donner des suppléments fluorurés lorsque la concentration en fluorure de l'eau potable se situe entre 0,3 et 0,6 ppm. L'Ordre des dentistes du Québec² et la Direction de santé publique⁴ ne proposent aucun schéma posologique. Cependant, de façon générale, ils adhèrent à la position consensuelle adoptée en 1997⁶.

Quel schéma posologique employer ?

Lorsque l'eau de la municipalité contient moins de 0,3 ppm de fluorure, le schéma posologique le plus souvent recommandé en Amérique du Nord^{6,8-13} (*tableau*) peut être considéré sécuritaire puisqu'il tient compte de l'effet de dissémination possible résultant de la fluoruration de l'eau des municipalités environnantes. L'effet de dissémination, un argument majeur souvent véhiculé contre l'utilisation des suppléments fluorurés en bas âge, fait référence à la quantité de fluorure contenue dans la nourriture et les boissons préparées avec de l'eau en provenance de municipalités où du fluor est ajouté à l'eau⁸. Cet effet est assurément plus important aux États-Unis qu'au Québec puisque environ 65 % des municipalités américaines bénéficient d'eau fluorurée contre seulement 8 % chez nous. On peut connaître la teneur en fluorure de l'eau du robinet où habite l'enfant en s'adressant à la Direction de santé publique du territoire⁴ de sa région. Dans certains cas, il faudra faire tester l'eau en provenance du puit artésien. Lorsque la concentration de fluorure se situe entre 0,3 et 0,6 ppm, la position consensuelle canadienne recommande de ne pas prescrire de suppléments fluorurés⁶.

De quelles autres considérations importantes devrait-on tenir compte avant de prescrire des suppléments fluorurés à un jeune enfant ?

Le régime d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec n'assure pas toutes les doses de suppléments fluorurés, ni toutes les formes possiblement utiles auprès de jeunes enfants. En effet, aucun comprimé de 0,50 mg de fluorure ni aucune pastille de 0,25 mg, 0,50 mg ou 1 mg de fluorure ne sont actuellement assurés*. Pourtant, toutes les autorités compétentes reconnaissent la supériorité des pastilles fluorurées par rapport aux comprimés fluorurés parce qu'on peut les laisser fondre dans la bouche, prolongeant ainsi leur effet à la surface des dents (effet topique)^{2-6,8-10,13}. Ces lacunes sont susceptibles d'influer négativement sur la prise de suppléments fluorurés par des familles défavorisées, en plus de miner les chances d'obtenir une observance thérapeutique adéquate.

L'utilisation judicieuse de suppléments fluorurés en bas

* Au moment d'écrire ces lignes, l'auteur a formulé des recommandations spécifiques à ce sujet au Conseil du médicament du Québec. Il est possible que la situation ait changé depuis la rédaction de cet article.

Aucun comprimé de 0,50 mg de fluorure ni aucune pastille de 0,25 mg, 0,50 mg ou 1 mg de fluorure ne sont actuellement assurés par le régime d'assurance maladie de la RAMQ.

R E P È R E

âge repose également sur deux autres facteurs importants. Afin de rendre l'utilisation des suppléments fluorurés plus sécuritaire en bas âge, on peut limiter à 0,25 mg la dose de suppléments fluorurés donnée à chaque ingestion, de manière à répartir les ingestions durant la journée dès que la dose recommandée dépasse 0,25 mg. On peut également optimiser la quantité de fluorure ingérée en utilisant un schéma posologique plus judicieux tenant compte du poids corporel de l'enfant plutôt que de son âge. Ce schéma posologique sera alors établi en fonction d'un apport quotidien optimal et sécuritaire en fluorure ingéré se situant à 0,05 mg de fluorure par kilogramme de poids corporel^{2,3,6,8-11,13} jusqu'à une limite de 1 mg par jour qui sera atteinte dès que l'enfant pèsera 20 kg. L'application de ce conseil nécessite cependant plus d'explications, la pesée régulière de l'enfant et un calcul mathématique, de sorte que cela comporte un plus grand risque d'erreur posologique. Cela suppose également que le parent est en mesure de maîtriser l'ingestion non intentionnelle de fluorure en provenance d'autres sources (toutes les sources d'eau et les boissons consommées, les préparations pour jeunes enfants et le dentifrice¹⁰). Car, en réalité, même un nourrisson ne risque pas de souffrir de fluorose dentaire si son apport quotidien en fluorure (par ingestion) se limite à l'administration médicamenteuse conseillée. C'est plutôt l'addition inappropriée et la méconnaissance des sources d'apport en fluorure qui sont à l'origine de la plupart des cas de fluorose dentaire²¹.

Pour ces raisons, il faut sélectionner les parents à qui on propose ce schéma posologique. De toute façon, la prescription de suppléments fluorurés à un jeune enfant s'adresse surtout aux parents soucieux de la santé buccodentaire de leurs enfants et qui possèdent également les habiletés nécessaires pour utiliser les suppléments à bon escient. Ce n'est donc pas une mesure de santé publique. ☞

Bibliographie

- Doré N, Le Hénaff D. Les soins de la bouche et des dents. Dans : *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2003-2004 ; 332-45.
- Ordre des dentistes du Québec. Les Info-Capsules. Coup d'œil sur la dentisterie préventive. Le fluorure. Site Internet : www.odq.qc.ca/fr/patients/contenu_capsules_prevention_fr.html (consulté en mai 2004).
- Association dentaire canadienne. Les suppléments fluorurés : points à examiner. Site Internet : www.cda-adc.ca/french/news_events/cda_in_action/position_papers/position_fluoride_old.asp (consulté en mai 2004).
- Direction de santé publique de Montréal. Section santé dentaire. Le Fluor – Information au public. Site Internet : www.santepub-mtl.qc.ca/Dentaire/fluor/fluor2.html (consulté en mai 2004).
- Le recours au fluor chez les nourrissons et les enfants. Société canadienne de pédiatrie. Comité de nutrition 2003. Site Internet : www.cps.ca/francais/enonces/N/n02-01.htm (consulté en mai 2004).
- Proceedings of the Consensus Conference of the Canadian Dental Association, Toronto, Canada, 28-29 novembre 1997. *J Can Dent Assoc* 1999 ; 27 (1) : 27-83.
- American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance, and oral treatment for children. 2003. Site Internet : www.aapd.org/members/referencemanual/pdfs/02-03/G_Periodicity.pdf American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the dental home. 2001. Site Internet : www.aapd.org/members/referencemanual/pdfs/02-03/P_DentalHome.pdf (consulté en mai 2004)
- Proceedings of 1994 dietary fluoride supplement workshop. *J Public Health Dent* 1999 ; 59 (4) : 203-81.
- Fluoridation facts. American Dental Association. 1999. Site Internet : www.ada.org/public/topics/fluoride/facts/index.asp (consulté en mai 2004).
- American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on use of fluorides. 2003. Site Internet : www.aapd.org/media/policies.asp Clinical guidelines. Fluoride therapy. 2003. Site Internet : www.aapd.org/members/referencemanual/pdfs/02-03/G_FluorideTherapy.pdf (consulté en mai 2004)
- What's new. US Preventive Services Task Force (USPSTF). Preventing dental caries in preschool children. AHRQ Publication No. 04-IP006. Avril 2004. Site Internet : www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/dentalchild/dentchwh.htm (consulté en mai 2004). Site Internet : www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/dentalchild/dentchwh.pdf (consulté en mai 2004).
- Hampton T. Fluoride supplements for kids. *JAMA* 2004 ; 291 : 2421. Site Internet : <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/291/20/2421-a?toc&eaf> Site Internet : <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/291/20/2421-a.pdf> (consulté en mai 2004)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Morbidity and mortality weekly report (MMWR). Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. 2001. Site Internet : www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5014a1.htm (consulté en mai 2004).
- DePaola PF. Reaction paper: the use of topical and systemic fluorides in the present era. *J Public Health Dent* 1991 ; 51 (1) : 48-52.
- Barron RP, Carmichael RP, Marcon MA, Sandor GK. Dental erosion in gastroesophageal reflux disease. *J Can Dent Assoc* 2003 ; 69 (2) : 84-9.
- Groeneveld A, Van Eck AA, Backer Dirks O. Fluoride in caries prevention: is the effect pre- or post-eruptive? *J Dent Res* 1990 ; 69 (Spec 751-5) ; discussion 820-3.
- Les scellants dentaires. Direction de santé publique de Montréal. Site Internet : www.santepub-mtl.qc.ca/Dentaire/scellant/index.html (consulté en mai 2004).
- Bowen WH. Fluorosis: is it really a problem? *J Am Dent Assoc* 2002 ; 133 (10) : 1405-7.
- Orajel Toddler Training Toothpaste®. Site Internet www.oraljel.com/ (consulté en mai 2004).
- Régie de l'assurance maladie du Québec. Liste des médicaments assurés. Avril 2004. Section 92:00 Autres médicaments, pages 288-9 du document. Site Internet : www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/listmed/pdf/modification/section_92.pdf (consulté en mai 2004).
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Position officielle émanant d'un groupe d'experts. Mise au point sur le fluor et la prévention de la carie dentaire. Site Internet : <http://agmed.sante.gouv.fr/hlm/10/fluor/fluor.pdf> (consulté en juin 2004).