Pérénnité implantaire, prévenir les complications p. 29



EN PRATIQUE
Comment soignerons-nous
nos patients dans 25 ans?
p. 21

## Pratiques dentaires

LE MAGAZINE DES CHIRURGIENS-DENTISTES EN MOUVEMENT POUR LA SANTÉ DES FRANÇAIS





## Une facette sur-mesure, un système non invasif





### UN SOURIRE RETROUVÉ

- SANS ANESTHÉSIE
- SANS DÉTÉRIORATION DE LA STRUCTURE SENSIBLE DES DENTS



### Lumineers by Cerinate, un produit Denmat

des facettes céramique qui peuvent être aussi fines qu'une lentille de contact et qui sont posées sur les dents existantes, sans destruction de la structure sensible. 30 ans de recul clinique.

### Séminaires 2014 Avec travaux pratiques

27 mars Bordeaux
10 avril Paris
12 juin Marseille



Renseignements et inscriptions :

Tél. 02 32 50 69 96 - Fax 02 32 50 76 13 info@tecalliage.fr

Retrouvez-nous sur www.tecalliage.fr

Lumineers est un produit de la société DenMat LLC.

LUMINEERS est un dispositif médical sur mesure de classe lla selon la Directive Européenne 93/42 CEE. Marquage CE0459. Lire attentivement la notice. Les LUMINEERS ne font pas l'objet d'une cotation pour leur remboursement par la Sécurité Sociale.

### Éditorial

# La prévention, axe central de l'avenir de la profession



66 Il est indispensable de construire une vision prospective de notre exercice. 99

armi les nombreuses actualités polémiques qui ont animé ce début d'année, il en est une particulièrement illustrative du conservatisme parfois funeste de certaines corporations devant le changement. L'émergence de véhicules de tourisme avec chauffeur trouve son origine dans un besoin exprimé des clients, qui ont pris l'initiative de les mettre en place, puisqu'ils disposaient de la technologie pour le faire. N'ayant pas anticipé ce phénomène, la profession des taxis s'est retrouvée à devoir réagir, et créer la situation de blocage que l'on connaît, afin de préserver un monopole dont chacun sait qu'il est inéluctablement condamné.

Cet exemple n'a peut-être rien à voir avec les préoccupations de notre profession, mais c'est un exemple parmi tant d'autres.

Il faut savoir évoluer, ou bien disparaître. C'est la morale de cette histoire. Et penser que ce risque n'atteindra pas les professions de santé, sous prétexte d'une qualification particulièrement technique et scientifique, serait une erreur. D'ores et déjà, des phénomènes tels que le succès rencontré par les centres low-cost, ou bien la tendance croissante des Français à s'informer et tenter l'automédication en ligne, à expérimenter la médecine Doctissimo, devraient nous alerter.

Il est indispensable, aujourd'hui, de construire une vision prospective de notre exercice demain, en posant la question de l'utilité sociale de notre profession au sens large : comment s'inscrirat-elle dans les parcours de santé, et bientôt de vie, des Français ? Comment se coordonnera-t-elle avec les autres soignants ? Les actes de prévention et de soins conservateurs seront-ils effectués par de nouveaux professionnels de santé, dont la formation serait d'un niveau intermédiaire entre paramédicaux et médecins ? Quels impacts ces évolutions pourraient-elles avoir sur la prise en charge de la santé bucco-dentaire des Français et, plus largement, sur leur santé?

Répondre à ces questions et développer une vision prospective pour les chirurgiens-dentistes que nous sommes, c'est nous donner les moyens d'être maîtres de l'évolution de notre profession, d'être certains de sa singularité, et d'être garants de son utilité absolue pour la santé.

Mais ce travail, comme le souligne notre grand témoin de ce numéro, l'économiste Frédéric Bizard, personne ne le fera pour nous. C'est aux chirurgiens-dentistes de s'en saisir. Et ce travail de positionnement parmi les acteurs de la santé, d'influence au sein du système de santé, de sensibilisation générale, seule l'UFSBD est légitime pour le porter, à l'échelle nationale comme locale. Je parlerai plutôt là de l'UFSBD en tant que force motrice pour faire bouger les lignes, aux côtés de l'Ordre et des syndicats.

#### **Dr Sophie Dartevelle,** Présidente de l'UFSBD

15



ÉDITORIAL

### À LA UNE

Plan Cancer: quand donnera-t-on à la santé bucco-dentaire sa vraie place?

### 6 **EN MOUVEMENT**

Cancers: quelles actions de prévention sur le terrain?

**ACTUALITÉS** Called

37





**GRAND TÉMOIN** 

M. Frédéric Bizard. Économiste de la santé, enseignant à l'IEP de Paris et au CNAM

### **EN PRATIQUE**

22 Cellules souches, cancers buccaux, vaccin anti-caries Comment soignerons-nous nos patients dans 25 ans?

30 Pérennité implantaire

Prévenir les complications

### **SANTÉ PUBLIQUE**

38 Stratégie nationale de santé

> L'UFSBD apporte sa pierre à l'édifice

### **AILLEURS**

États-Unis: les chirurgiens-dentistes à la croisée des chemins

### 46 **AGENDA**

Répertoire des annonceurs Appel à communication



Pratiques Dentaires, Le magazine des chirurgiens-dentistes en mouvement pour la santé des Français, est édité par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, 7 rue Mariotte, 75017 Paris - Tél.: 01 44 90 72 80 / Fax: 01 44 90 97 82. • Directeur de la publication: Dr Sophie Dartevelle • Rédacteur en chef: Dr Benoît Perrier

- Responsables de rubrique : Laurent Poupelloz (Actualités) Dr Julien Laupie (En pratique) Dr Patrick Bonne (Formation) Dr Jacques Wemaere (Santé publique)
- Ont également participé à ce numéro: Aurélia Champenois, Véronique Gardon et Danielle Grizeau-Clemens Rédaction: Victor Alexandre, Pierre Catalan, Anne Le Pennec, Aurélie Messager et Béatrice Noyère • Conception et réalisation : meanings 256 rue du Faubourg Saint-Martin – 75010 Paris – Tél. : 01 45 49 29 34
- Directeur artistique: François Borderie Crédits photo: Dr Thierry Page, Dr Benoît Delbouys, Dr Lara Derevianko, photothèque UFSBD, Photononstop, DR Impression: Imprimerie Vincent à Tours • Régie publicitaire: Laurent Poupelloz, tél.: 01 44 90 93 99, e-mail: laurentpoupelloz@ufsbd.fr • Magazine distribué à l'ensemble de la profession.

### À LA UNE

### PLAN CANCER : QUAND DONNERA-T-ON À LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE SA VÉRITABLE PLACE ?

Le troisième Plan Cancer a été présenté le 4 février dernier par le président de la République et force est de constater, une nouvelle fois, que la profession dentaire en est absente! Les principes annoncés par ce plan – l'amélioration de la qualité de vie des trois millions de Français qui souffrent ou ont souffert d'un cancer, et la réduction des inégalités de santé face à la maladie – sont pourtant des préoccupations majeures pour les professionnels de santé bucco-dentaire, qui ont un rôle évident à jouer en termes de prévention, de dépistage via un diagnostic précoce, et de suivi des patients pour améliorer leur qualité de vie.

### La santé bucco-dentaire, fort vecteur de prévention

Les addictions (alcool, tabac, toxicomanie...) ont des conséquences sur la santé bucco-dentaire en même temps qu'elles en ont sur la santé globale. Il est plus que temps de reconnaître enfin le chirurgien-dentiste comme prescripteur de prévention des addictions et du sevrage tabagique. Cette responsabilité serait à la fois judicieuse et efficace, au vu de l'argument esthétique que ce mode de prévention met en avant.

Nous savons que certaines catégories socio-professionnelles sont bien plus exposées aux cancers que d'autres (les ouvriers ont 2,5 fois plus de risques de mourir d'un cancer entre 30 et 65 ans que les professions libérales). Dans une logique de médecine prédictive, il est indispensable de faire de la relation entre les professionnels de santé et leurs patients le creuset de cette action de prévention, sans la limiter aux seuls médecins généralistes, comme le Plan Cancer le prévoit. La lutte contre les inégalités sociales devant les cancers en serait renforcée.

### Les traitements des cancers détériorent la santé bucco-dentaire et dégradent la qualité de vie

Les traitements subis par les patients, quels que soient les cancers, ont des conséquences sur leur santé globale, mais aussi sur leur santé bucco-dentaire : hyposialie, fragilisation de l'émail, dégradation des tissus de soutien des dents... Les risques sont nombreux en santé physique, mais également pour la santé psycho-sociale : l'édentement, l'halitose liée à l'hyposialie, les sensations de brûlure,... sont autant d'éléments contribuant à la perte d'estime de soi et à l'exclusion d'une personne sous cancérothérapie.

L'accompagnement des patients par leur chirurgien-dentiste, dans le cadre d'un protocole de soins coordonnés, renforcerait leur qualité de vie et la prévention d'une dégradation de la santé bucco-dentaire dont ils auront à assumer le reste à charge, que le Plan Cancer souhaite pourtant voir diminuer! C'est pourquoi nous proposons d'instaurer une consultation bucco-dentaire dans le cadre des protocoles de prise en charge des patients atteints de cancer.

### Faire du chirurgien-dentiste le médecin en charge des dépistages buccaux

Dans l'objectif de guérir davantage de personnes malades, le Plan Cancer prévoit de favoriser les diagnostics précoces. Alors que l'incidence et la mortalité des cancers baissent depuis 20 ans, la prévalence des cancers buccaux est restée quasiment stable. C'est en grande partie du fait de dépistages trop tardifs, dont aucun professionnel de santé n'a réellement la charge.

L'âge moyen des patients diagnostiqués d'un cancer de la cavité buccale est de 63 ans. Tardif, ce diagnostic implique des interventions extrêmement mutilantes. Praticien de la bouche, le chirurgien-dentiste doit être en charge de son dépistage, cela relève du bon sens. Cette mission de diagnostic précoce s'inscrirait parfaitement dans un parcours de santé bucco-dentaire individuel, prévoyant un examen bucco-dentaire pris en charge par l'Assurance Maladie à 55 et 65 ans, ainsi que des interventions de prévention primaire sur le lieu de travail.

Alors que le Gouvernement met la dernière main au projet de loi qui découlera de la Stratégie nationale de santé, l'UFSBD s'insurge contre un Plan Cancer qui démontre que la médecine de parcours personnalisés est encore incantatoire, et non appliquée. Il n'est pas trop tard pour procéder à des ajustements, afin qu'à toutes les étapes (prévention, soins, accompagnement), la dimension bucco-dentaire serve la santé des patients souffrant de cancers.





### EN MOUVEMENT

**CANCERS** 



### QUELLES ACTIONS DE PRÉVENTION SUR LE TERRAIN?

En France, le cancer est la première cause de mortalité. La maladie a touché 355 000 personnes en 2012 et 148 000 en sont décédées, d'après la dernière étude de l'INCa et de l'InVS<sup>(1)</sup>. Outre le foie et les poumons, l'alcool et le tabac affectent également la cavité buccale. Un point sur nos actions de prévention sur le terrain...

#### **CONTEXTE**

Les cancers de la cavité buccale (pharynx y compris) constituent la 4e localisation chez l'homme et la 14e chez la femme. Ils apparaissent généralement à partir de 45 à 50 ans et sont souvent attribuables à la consommation de tabac et d'alcool. Malgré les révisions de lois liées à la Stratégie nationale de santé et le dernier plan Cancer, aucune clause ne prévoit réellement une amélioration du dépistage du cancer de la cavité buccale. La prévalence de ce dernier restant pourtant quasiment stable depuis 20 ans.

L'UFSBD a un rôle à jouer en tant qu'acteur de santé publique et intervient depuis plusieurs années sur le terrain pour sensibiliser les populations à risque ainsi que l'ensemble des professionnels de santé.

#### **NOS ACTIONS**

#### Détecter les cancers buccaux

Améliorer la détection précoce du cancer buccal et assurer la prise en charge bucco-dentaire des patients est l'une des priorités de l'UFSBD au travers de plusieurs actions sur le terrain, relayées et dispensées par les professionnels de notre réseau d'adhérents.

• Des actions de sensibilisation directement dans les centres d'alcoologie, auprès de l'équipe encadrante ainsi que des patients. Avec le personnel soignant, l'UFSBD met au point un argumentaire à destination des malades. Nous intervenons également auprès de ces derniers avec des consultations individuelles et, si besoin, une orientation vers un spécialiste pour une confirmation de diagnostic et une prise en charge.

• Un programme d'e-learning de prévention à destination des chirurgiens-dentistes a été développé, en partenariat avec l'INCa. Ce module, disponible sur le site de l'INCa http://www.e-cancer.fr/, est une aide à la prévention et à la détection précoce des cancers buccaux. Sa diffusion a fait l'objet d'une large communication.

praticiens intervenants.

#### **NOS ACTIONS SUR LE TERRAIN**

Anthony Kurtz Président de l'UFSBD du Bas-Rhin (67).



[1] Source : http://www.hopital.fr/Hopitaux/Actualites/Actualites-medicales/355.000-nouveaux-cas-de-cancers-et-148.000-deces-en-2012-en-France



VOUS AUSSI, ENGAGEZ-VOUS AUX CÔTÉS DE L'UFSBD POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DES FRANÇAIS, HTTP://WWW.UFSBD.FR/ESPACE-PRO/ CONTACTEZ-LUFSBD-PRES-DE-CHEZ-VOUS/ OU RENDEZ-VOUS PAGES 8 ET 9



« Dans notre département, nous menons des actions de sensibilisation auprès des personnes atteintes de tous types de cancers. Certains traitements peuvent gravement affecter leur santé buccale et les patients, tout comme le personnel, doivent être informés de cette réalité. Grâce au soutien de l'ARS, nous intervenons à la clinique Sainte-Anne et au centre Paul Strauss, à Strasbourg. Les professionnels de santé sont formés sur les risques bucco-dentaires liés aux traitements des cancers (douleurs gingivales, mauvaise cicatrisation d'extraction suite à une chimiothérapie, sécheresse, aphtes...). Qualitativement, les résultats sont probants. Certains praticiens nous téléphonent aussi pour solliciter une préconisation face à un cas particulier. Nous venons également une fois par mois dans ces mêmes établissements pour rencontrer les patients, les informer et les sensibiliser dans l'optique d'améliorer leur qualité de vie au quotidien. Il faut replacer l'importance du bucco-dentaire dans le parcours médical du patient. Pour 2014, l'INCa est venu renforcer notre action sur ce sujet en nous attribuant une subvention complémentaire nous permettant ainsi d'envisager d'élargir notre champ d'action, en particulier vers les professionnels de santé libéraux ».



### **TOUTE LA RADIOPROTECTION POUR**

Adhérents UFSBD

### Pack Global Dentaire

Mise à disposition d'une PCR

- + Mise à disposition d'un Radiophysicien
- + Contrôle Technique de Radioprotection Externe
- + Contrôle Qualité Externe
- + Contrôle Électrique DEKRA



### Options:

Dosimétrie

Document Unique

Fantôme / Mire

Formation à la Radioprotection des Patients ...

Offre proposée en partenariat avec







### Dr. Arnaud B.

Argelès-sur-Mer (66), adhérent depuis 2002

«Informé et formé, je progresse en continu dans ma pratique, au service de mes patients.»

### Dr. Noëlle S.

Saint-Gervais-les-Bains (74), adhérente depuis 1997

«En m'engageant, je contribue à faire évoluer la profession pour la mettre au centre du parcours de santé des Français.»

### Bulletin d'adhésion à l'UFSBD - Cotisation annuelle de 50 euros

Docteur:	E-mail:	. Tél.:
Adresse du Cabinet:		

☐ Je souhaite adhérer à l'UFSBD et je joins un chèque de 50 euros.

Merci de libeller votre chèque à l'ordre de UFSBD + le n° de votre département (ex. : praticien des Bouches du Rhône = UFSBD 13) et d'adresser votre coupon accompagné de votre règlement à : **UFSBD ADHESION – 7 rue Mariotte - 75017 PARIS.** 

Dès réception, votre adhésion sera transmise à notre comité départemental qui prendra contact avec vous.

« Chirurgiens-dentistes, nous croyons que c'est en rassemblant la profession autour de valeurs et d'actions que nous améliorerons la santé des Français.

Et vous?»



### Dr. Philippe G.

Gerzat (63), adhérent depuis 1994

« Depuis dix-neuf ans, j'interviens dans les écoles. Nous avons contribué à diviser par deux l'indice CAO des enfants. »

#### Dr. Carine B.

Olonne-sur-Mer (85), adhérente depuis 2009

«J'ai fait de mon cabinet dentaire un espace d'éducation, de prévention et de soins.»

### Dr. Alain N.

Dompaire (88), adhérent depuis 1997

« Plus nous serons nombreux, plus nous pèserons pour faire progresser la place de la santé bucco-dentaire dans les politiques de santé publique et de prévention. »

### REJOIGNEZ L'UFSBD! www.ufsbd.fr



Organisme officiel de la profession créé en 1966 et Centre Collaborateur de l'OMS, l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) est une association loi de 1901 composée de 101 unions départementales.



### **ACTUALITÉS**





### Journée mondiale de la santé bucco-dentaire

### Projetons-nous dans 10 ans!

À l'occasion de la Journée mondiale de la santé bucco-dentaire, le 20 mars, l'UFSBD a montré dans un dossier de presse, consultable sur notre site, différents profils de patients reflétant à chaque fois un âge ou un état de santé nécessitant une attention spécifique pour préserver leur bonne santé bucco-dentaire. En effet, jeune enfant, jeune actif, jeune retraité, senior, personne âgée dépendante ou encore patient diabétique : la prévention et l'hygiène bucco-dentaire revêt pour chacun des enjeux différents. L'UFSBD a voulu ainsi démontrer très concrètement l'intérêt de ses préconisations.

À partir de son expérience d'acteur de prévention depuis près de 50 ans, l'UFSBD préconise de porter la prévention sur les lieux de vie, afin d'en faire le premier levier de lutte contre les inégalités sociales de santé. Elle recommande aussi, outre la visite annuelle chez le chirurgien-dentiste tous les ans à partir de 1 an, la formalisation de « parcours de santé bucco-dentaire », par des consultations prises en charge par l'Assurance maladie pour des examens à certains âges clés complémentaires de ceux qui existent dans le cadre de l'action M'T Dents. L'UFSBD insiste aussi sur l'importance d'inclure le chirurgien-dentiste dans la coordination des soins primaires et encourage la responsabilité partagée entre patient et soignant pour le capital santé.

Ce dossier de presse a bien sûr été envoyé aux pouvoirs publics pour qu'ils entendent et intègrent les préconisations de l'UFSBD dans la future loi de santé publique.

www.ufsbd.fr/espace-pro/

**ULTRACEM par ULTRADENT** 

### Indication additionnelle sur ce verre-ionomère

- UltraCem, le verre-ionomère renforcé à base de résine, vient de recevoir l'accord de la FDA pour recevoir, en plus de ses indications, le scellement des restaurations en zircone.
- UltraCem est indiqué dans le scellement des restaurations indirectes (inlay, onlay, couronne, bridge) en métal, métalcéramique, zircone et composite sur dent naturel.
- Pour la zircone, il suffit d'une application de Peak Universal Bond pendant 10 secondes (pas d'etching nécessaire). Sécher fortement à la seringue à air, photopolymériser à la lampe VALO pendant 10 s. Mélanger et délivrer directement UltraCem dans la prothèse et sur la dent. Mise en place, nettoyage.

Ne jamais utiliser un acide phosphorique pour nettoyer la zircone, ni appliquer zircone avant UltraCem, cela réduit l'adhésion.

www.ultradent.fr

### Nouveau Splashi Ne soyez pas effrayé par un peu d'humidité!

DenMat lance sa nouvelle génération de silicone par addition Son hydrophilie instantanée (angle de contact parmi les plus faibles du marché) vous offre une précision parfaite dès l'insertion en bouche.



Les performances du Splash! première

génération sont encore améliorées avec Splash! Max: mouillabilité, élasticité, résistance à la déchirure ou précision dimensionnelle sont absolument excellentes. Le prix, lui, reste tout petit. 5 viscosités, 2 temps de prise différents. À découvrir.

www.tecalliage.fr

Reflectys, le composite d'ITENA évalué et étoilé!

> Testé sur plusieurs mois par l'organisme américain d'évaluation et de notification Dental Advisor, le composite Reflectys d'ITENA vient d'obtenir l'excellente note de quatre étoiles et demie sur cinq.

L'évaluation clinique a été effectuée par vingtquatre consultants expérimentés. Elle a porté sur les facteurs d'esthétique, de malléabilité, de finition et de polissage. Sa polyvalence et ses excellentes qualités de polissage, garantes d'un résultat d'une haute esthétique, ont été particulièrement appréciées lors de son évaluation.

Le composite Reflectys d'ITENA est commercialisé en seringues ou en compules. Il est disponible dans seize teintes, miscibles entre elles, pour des restaurations au plus proche de la dent réelle. Il existe également sous une version plus fluide, le Reflectys flow, idéale pour les applications.

idéale pour les applications difficiles d'accès.









... est le brillant résultat de la préparation obtenu avec les instruments **COOL-DIAMANT**.

La surface fonctionnelle à structure marquante et à revêtement diamanté précis de haute qualité garantit le rendement de meulage supérieur de ces instruments haut de gamme.

La qualité n'a pas d'alternative!

Demandez notre documentation actuelle.





BUSCH & CO. GmbH &Co. KG

Unterkaltenbach 17-27 51766 Engelskirchen GERMANY Telefon +49 2263 86-0 Telefax +49 2263 20741 mail@busch.eu www.busch.eu

### **ACTUALITÉS**



### Des matériaux plus résistants pour provisoires

DenMat présente le tout nouveau PerfecTemp 10, composite bis-acrylique multi fonctions répondant à toutes vos attentes. Ce matériau, pour bridges et couronnes, vous offre des provisoires plus esthétiques, mais aussi plus résistants.

### Les point forts du Perfectemp10

- Excellent rapport qualité-prix.
- Formule auto-mix 10:1.
- Manipulation facilitée, couche minimale d'oxygène inhibé.
- Excellente résistance à la compression, force à la flexion encore améliorée.
- Temps de prise de 4:30 mn, temps de retrait à 1:30 2:30 mn.
- www.tecalliage.fr





### **CB12:**

### n°1 sur le marché de l'halitose<sup>(1)</sup> en pharmacies

CB12 est une formule brevetée qui élimine et neutralise la mauvaise haleine pour un effet immédiat et pendant 12 heures [1]. CB12 ne masque pas la mauvaise haleine avec des arômes mais prévient la formation des gaz sulfurés à l'origine de la mauvaise haleine. Il contient du fluorure de sodium à 0,05 %.

CB12 est disponible au goût menthe forte et légère, également, afin de répondre à toutes les attentes.

CB12 peut être utilisé à partir de 12 ans.

(1) Le panel temps réel (ventes-achats-stocks) de CELTIPHARM, marché « halitose » en pharmacies, ventes volume et valeur, cumul annuel mobile à fin février 2014.

www.cb12.fr

### Busch propose des polissoirs diamantés

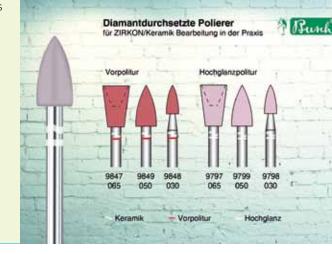
Les céramiques, et notamment l'oxyde de zirconium, offrent des avantages comme l'esthétique particulière, la biocompatibilité et la stabilité mais sont toutefois difficiles à usiner. Ainsi, des instruments performants sont de mise au moment de l'ultime polissage des couronnes ou bridges pour que le résultat final soit parfait.

Busch propose un double système de polissage diamanté destiné à l'odontologie. Trois formes spécifiques à l'application, le cône ainsi qu'une petite et une grande pointe, sont respectivement disponibles pour le prépolissage et le polissage brillant supérieur.

Le marquage de la tige des polissoirs permet de les identifier clairement.

- Ligne ondulée blanche: polissoir pour oxyde de zirconium et céramique,
- Bague rouge : prépolissage.
- Bague blanche : polissage brillant supérieur.

www.busch.eu





Les remarques et commentaires des professionnels du secteur nous sont inestimables. N'hésitez pas à nous contacter en nous écrivant à

hello@kolibree.com

La santé bucco-dentaire devient connectée. La brosse à dents Kolibree permet à ses utilisateurs d'obtenir en temps réel des informations sur la qualité, la durée et la régularité du brossage.

Pour la première fois, vous pourrez recevoir des données de brossage de vos patients.

Pour mener à bien ce projet, nous avons besoin de vous! Kolibree lance prochainement une campagne de financement participatif sur Kickstarter.

Soutenez-nous et recevez la brosse à dents en avant première.



Découvrez Kolibree en exclusivité Soutenez-nous sur KICKSTARTER

Plus d'informations sur www.kolibree.com/kickstarter











### LA PYRAMIDE DES SOLUTIONS

SELON HENRY SCHEIN

www.henryschein.fr



M. Frédéric Bizard, Économiste de la santé, enseignant à l'IEP de Paris et au CNAM.

## 66 D'un système réactif, il faut passer à un système proactif. 99

Frédéric Bizard, économiste de la santé et militant pour une santé plus juste, revient sur les grandes thématiques et les enjeux impliquant la stratégie nationale de santé. La dimension démographique du système de santé et l'importance de la prévention des risques liés aux maladies bucco-dentaires sont soumises à son analyse.

### GRAND TÉMOIN

### LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

Pratiques dentaires: Comment jugezvous la stratégie nationale de santé, qui fera bientôt l'objet d'un premier projet de loi, et notamment la mise en place de parcours de santé?

Frédéric Bizard: Le principe de la démarche est bon: avoir une stratégie à long terme pour mieux gérer et restructurer notre système de santé. Pour ce qui concerne la méthode et le contenu, en revanche, je suis nettement plus dubitatif. Un bilan actualisé de notre système a-t-il été fait? A-t-on une vision claire et partagée de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas? Je n'en ai pas l'impression.

Si ce travail d'audit avait été fait, on aurait constaté que nos performances sanitaires

économique et culturel est marginal. Pour sortir de l'hospitalo-centrisme, il faut refonder notre modèle à partir d'une gestion de la santé des citoyens sur leurs lieux de vie (domicile, travail, établissements scolaires et universitaires...). On ne peut plus attendre que les gens arrivent à l'hôpital et espérer qu'ils ne reviennent plus. D'un système réactif, il faut passer à un système proactif.

**Pratiques dentaires:** Comment pourraiton donner à la prévention primaire plus de place dans le système de santé?

**F. B.:** Prenons de la hauteur: nous passons globalement d'un monde qui gère le risque social une fois qu'il est advenu à un monde

sociaux pour maintenir un système efficace, juste et financièrement soutenable. Pour cela, il faut passer à une logique d'investissement social, plutôt que de dépense. Cet investissement social doit être en adéquation avec le capital humain, et ainsi obtenir des effets vertueux sur le développement économique. Ce que font certains pays nordiques depuis quinze ou vingt ans, la France doit l'adapter à sa culture et à son organisation existante. Cette logique culturelle doit être provoquée par des changements structurels. Les professionnels de santé doivent être formés, responsabilisés et rémunérés pour gérer la prévention, ce qui n'est aujourd'hui pas le cas. À titre d'exemple, le médecin généraliste et/ou le chirurgien-dentiste n'ont aujourd'hui quasiment aucun rôle concret dans la lutte contre le tabagisme et les addictions en général, alors que les professionnels de santé sont les seuls à avoir une parole qui puisse porter auprès des patients.

Rendre l'ensemble des professionnels de santé plus responsables devant la prévention, c'est aussi changer leur quotidien par des incitations.

Notre système reste, sur ce sujet, incantatoire et ne prévoit pas d'incitations vertueuses, ni aux patients, ni aux soignants. Les professionnels de santé sont des acteurs économiques, c'est en les incitant à faire évoluer leur pratique qu'ils changeront le système.

# 66 Le but est de passer de la réparation à la prévention, à l'anticipation et à la préparation. 99

sont entrées dans la moyenne européenne alors qu'elles étaient au-dessus, et que nous avons des surcoûts importants, liés en particulier à notre suradministration et à la surcapacité hospitalière qui caractérisent notre modèle.
En fait, le diagnostic posé est biaisé: le problème central ne vient pas du manque de génériques, de l'excès

le problème central ne vient pas du manque de génériques, de l'excès d'actes médicaux ou de prescriptions, ou bien d'actes non pertinents (même si des progrès importants sont à faire sur ces points), comme le président de la République a tenté de nous l'expliquer lors de ses vœux du 14 janvier dernier. Le problème vient de l'hospitalocentrisme français qui, s'il a fait le succès de notre modèle au XX° siècle, en est aujourd'hui un boulet.

Sortir de l'hospitalo-centrisme, c'est s'attaquer au nœud du problème, parce que la structure du système de santé est centrée sur le curatif. Et l'organisation structurelle influence la culture sanitaire de la population, centrée sur la maladie. Or, aujourd'hui, l'enjeu démographique, budgétaire, sanitaire... devrait nous pousser à changer totalement de culture; et donc de structure. La stratégie nationale de santé concentre, à mon sens, les économies sur des axes qui sont politiquement peu risqués pour le Gouvernement, les professionnels de santé libéraux, mais dont l'impact

qui le gère davantage en amont. Nous nous situons en aval du risque: c'est vrai pour le chômage, pour l'illettrisme, pour la retraite... Et c'est évidemment vrai pour la santé. Le but est donc, culturellement, de passer de la réparation à la prévention, l'anticipation, la préparation. C'est une tendance commune à tous les risques



Au premier rang de ces incitations figure la rémunération. Elle doit, selon moi, permettre de faire évoluer les habitudes et les comportements des citoyens. En plus de la rémunération à l'acte, qui doit être conservée pour les actes non reproductifs, je suis favorable à une rémunération forfaitaire de la prévention, probablement avec une partie fixe et une partie variable basée sur des objectifs de santé publique. Pour le cas du chirurgien-dentiste, par exemple, il serait incité à ce que le patient ait globalement une meilleure hygiène bucco-dentaire et une meilleure éducation sanitaire sur ce secteur.

Il faut aussi faire évoluer le panier de services de santé remboursé par la Sécurité sociale. Si on veut un système juste, on doit intégrer un panier de soins préventifs dans le panier de remboursement de la Sécurité sociale et repenser le panier de soins curatifs pris en charge par cette dernière.

Pratiques dentaires: Vous demandez, dans votre tribune pour un plan Pathologies chroniques, à ce que la politique de santé investisse tous les thèmes constituant les déterminants sociaux de santé (éducation, travail, logement, environnement...): comment le mettre en place?

**F. B.:** Les déterminants sociaux sont la première source d'inégalités de santé. Il y a, en France, très peu d'inégalités d'accès aux soins. La qualité et la rapidité des soins sont encore une force de notre système, et un acquis du modèle de médecine libérale mis en place dans les années 1930.

En revanche, on observe que les différences d'espérance de vie à la naissance, à 35 ans et à 65 ans sont inacceptables entre cadres et ouvriers. Donc, si ce n'est pas l'accès aux soins le problème, c'est qu'il se situe plus en amont, et est lié à d'autres facteurs. Ces derniers sont ce qu'on appelle les « déterminants sociaux de santé ». Le premier d'entre eux est le niveau d'éducation, bien avant le critère financier, mais il y en a d'autres: logement, environnement, lieu de travail, alimentation... Cela nécessite une stratégie interministérielle de santé, avec des objectifs et une feuille de route concertés, applicables à chaque ministère concerné par ces déterminants sociaux de santé. Ces facteurs étant souvent régulés par la puissance réglementaire et normative européenne, c'est au niveau européen, au sein des instances européennes, qu'il serait aussi nécessaire de déterminer une politique de bonne gestion des déterminants de santé.

### **ÉCONOMIE DE LA SANTÉ**

Pratiques dentaires: Certains économistes proposent, pour maîtriser les dépenses de santé, d'agir par les complémentaires santé, afin qu'elles régulent la dépense (via les réseaux de soins conventionnés, par exemple): qu'en pensez-vous?

F. B.: C'est un système adopté aux États-Unis. J'ai pu y constater la dégradation que ces réseaux de soins avaient provoquée sur l'offre des soins essentiels à la santé en matière d'accès pour tous à des soins de qualité, notamment. Les pays européens qui ont ouvert la santé aux assureurs privés dès le premier euro n'ont d'ailleurs pas mis en place ce système de réseau. En Suisse, par exemple, on peut souscrire une assurance privée pour des soins hospitaliers ou une pathologie grave, mais l'État n'a pas autorisé les assureurs à créer leurs réseaux de soins à leur guise.

Ce système fonctionne sur une logique purement financière, sur la base d'un système de contrat: en contrepartie d'une baisse de prix, le praticien reçoit un apport de clientèle. Les garanties de maintien de la qualité des soins sont un leurre, les réseaux n'ayant pas les ressources médicales et aucune légitimité pour contrôler la qualité. De plus, les professionnels de santé ne sont pas à la recherche d'une clientèle. Dans ce système, l'assurance complémentaire fait donc semblant d'apporter un service à ses patients, mais ne sert ni le patient,

ni le professionnel, ni la collectivité. Si on demande à un professionnel de proposer une offre de soins moins chère, il s'adaptera: consultation plus courte, moins complète, moins de temps de dialogue, avec moins d'innovations technologique, Cela va à l'encontre de l'incitation vertueuse dont je parlais précédemment. Ce système ne contribue pas à la recherche d'un modèle qui soit à la fois plus économe et incitatif à améliorer la qualité des soins.

Moins malade, il coûtera moins cher à la solidarité nationale, et apportera plus de valeur ajoutée à la société.

Mais cette double vertu est difficilement quantifiable, dans la mesure où il s'agit d'un retour général pour la collectivité. Abraham Lincoln disait : «Si vous trouvez l'éducation chère, essayez l'ignorance». Si nous trouvons la prévention trop chère, conservons les maladies... Les affections de longue durée représentent déjà les deux tiers des dépenses de l'Assurance

# **66** Si on agit sur les mauvais comportements, on diminuera les maladies chroniques. **99**

Pratiques dentaires: Serait-il possible de chiffrer les économies faites grâce à la prévention pour l'Assurance maladie? Et ce, d'autant plus que les deux tiers des dépenses de santé sont désormais centrées sur les ALD?

F. B.: Le chiffrage des économies de la prévention est une question récurrente. Mais il y a une autre façon de raisonner. Pour la santé comme pour toutes les mesures liées à la protection sociale, quelqu'un qui est moins vulnérable, moins malade, plus capable de développer son propre capital humain, sera globalement plus productif.

maladie, et en représenteront les trois quarts en 2020. Nous savons d'où vient cette croissance de la demande de soins: le diabète est lié à l'obésité, les allergies à l'environnement, certains cancers à l'alcool et au tabac...

Il est incontestable que si on agit sur ces mauvais comportements, on diminuera les maladies chroniques. Si on n'agit pas en amont, inévitablement et à court-terme, c'est la qualité de la prise en charge et de la couverture des ALD qui sera dégradée.

### GRAND TÉMOIN

### **ASSURANCE MALADIE ET COMPLÉMENTAIRES SANTÉ**

Pratiques dentaires: Vous dites que la généralisation des complémentaires santé (via l'application de l'ANI au 1er janvier 2016) va aggraver les inégalités de santé. Pourquoi?

**F. B.:** Regardons ces vingt dernières années: en 1980, 70 % des Français avaient une complémentaire, avec très peu de renoncements aux soins. Aujourd'hui, ils sont 96 % à être couverts, et dix millions de Français ont renoncé aux soins en 2012: il y a quand même un problème.

ou par leur conjoint. Le remboursement sera, pour l'immense majorité, à la hauteur du ticket modérateur, c'està-dire sans intérêt. C'est tout bénéfice pour l'organisme complémentaire : la dépense est parfaitement prévisible et la prise de risque est nulle.

Prenons un exemple concret: un couple de 45 ans à revenus modestes avec deux enfants qui a déjà une complémentaire santé d'un montant annuel de plus 2000 euros par an, devra tout de même débourser un reste à charge de 500 euros

dans vos dix règles d'or à connaître sur celles-ci. Si celles-ci mettaient la prévention et l'éducation à la santé au cœur de leurs offres, auraient-elles à vos yeux plus de vertus?

F. B.: C'est la dérive du système des complémentaires santé que je dénonce. Chaque jour, les fondamentaux de la mutualité en matière de responsabilité, de solidarité, de liberté... sont bafoués. On ne pense qu'à rembourser le moins possible, tout en relevant les cotisations chaque année et en mutualisant de moins en moins.

La seule complémentaire santé qui puisse être utile est celle qui vous assure efficacement par rapport à un risque de reste à charge élevé et/ou qui vous propose des services à forte valeur ajoutée en matière de prévention. Mais quand 50 % de la population française ont un reste à charge inférieur à 250 euros par an, est-il bien avantageux de contracter une complémentaire qui vous coûtera plus cher et vous laissera en plus un reste à charge? Les complémentaires ne sont pas suffisamment incitées à concevoir des services de prévention et d'éducation à la santé. Elles ont fait une erreur stratégique en négligeant ce secteur. Elles ne font que gérer des flux financiers de cotisations et de remboursements sans création de valeur sur la gestion du risque santé.

# **66** Les fondamentaux de la mutualité en matière de responsabilité, de solidarité, de liberté... sont bafoués. **99**

La grande majorité des soins qui font l'objet de renoncements sont en dentaire et en optique. Mais qui en sont les premiers financeurs?
Les complémentaires. Ce système est inefficace, coûteux et inégalitaire. On fait payer le plus aux gens qui ont le moins (chômeurs, étudiants, petites retraites). L'Accord national interprofessionnel (ANI), c'est la généralisation par le bas: toutes les PME qui n'ont pas encore de contrat collectif vont souscrire un contrat collectif minimaliste pour des salariés souvent déjà couverts individuellement

pour une prothèse dentaire de 700 euros! C'est soit l'endettement soit le renoncement. Je dénonce l'absence régulation de ce secteur, à l'exception des règles prudentielles et financières et de l'opacité commerciale. Personne n'est en mesure de comprendre les tableaux de garantie proposés et l'information sur les prix ne permet pas de mettre en concurrence efficacement les opérateurs.

Pratiques dentaires: Vous semblez ne reconnaître que peu de qualités aux complémentaires santé. Notamment



### **PARCOURS**

Frédéric Bizard est un économiste de la santé. Enseignant à Sciences-Po Paris et au CNAM, il contribue au Cercle Les Echos et a publié en octobre 2013 un livre aux Éditions Dunod: «Complémentaires santé: le scandale». Lors de la dernière élection présidentielle, Frédéric Bizard a proposé DIX pistes de réforme pour une santé plus juste, plus efficace et plus économique. Il a dernièrement publié une tribune, à l'occasion de la sortie du dernier Plan Cancer, demandant la mise en place d'un Plan Pathologies chroniques.

Il tient un blog www.fredericbizard.com sur les questions de santé. Il est diplômé de l'IEP de Paris et du MBA de l'INSEAD. Il est également Docteur vétérinaire, diplômé de l'École de Maisons-Alfort et de la faculté de médecine de Créteil.

### **MALADIES CHRONIQUES ET PLAN CANCER**

Pratiques dentaires: Comment créer un réflexe de dépistage chez les Français, notamment pour les cancers de la bouche, dont la prévalence n'a pas diminué en trente ans?

**F. B.:** Là encore, nous sommes confrontés à la dualité entre culture et structure. Si un patient se rend chez le dentiste, c'est

# 66 Le chirurgien-dentiste doit aussi être un éducateur de la bonne hygiène bucco-dentaire. 99

parce qu'il éprouve une douleur. Pas pour bénéficier de conseils de santé ou parce qu'il souhaite changer ses habitudes de vie en matière bucco-dentaire. C'est d'ailleurs la raison du cliché habituel du dentiste avec sa douloureuse roulette. Il est nécessaire d'inclure le rôle du chirurgien-dentiste plus en amont du risque: il faut faire évoluer son mode de rémunération, sa formation initiale et sa formation continue.

Le chirurgien-dentiste est un professionnel de santé d'accès direct. Cette ressource médicale de très grande valeur doit être moteur d'un changement du système vers une santé portée sur les lieux de vie. Le chirurgien-dentiste doit aussi être un éducateur de la bonne hygiène bucco-dentaire des gens, à tous les âges, dans tous les lieux. Il n'est pas qu'un «réparateur».

En amont, il faut certainement privilégier les populations les plus à risque. Pour cela, il faut des systèmes d'information épidémiologique performants, ce qui n'est pas le cas en France. On dispose des données mais on ne les utilise pas dans la gestion du risque santé de la population. Du fait de l'incurie administrative et de l'incapacité de notre système de santé à intégrer les innovations technologiques (DMP, e-santé...), notre système n'a pas bénéficié des gains d'efficience issus de ces technologies.

### **SANTÉ BUCCO-DENTAIRE**

Pratiques dentaires: Comment expliquer que la santé bucco-dentaire soit toujours considérée comme un luxe ou un caprice de l'apparence, alors qu'elle est au cœur de bien des problématiques de santé?

**F. B.:** Nous avons, en France, un système de santé très élitiste, souffrant d'une

organisation pyramidale dans laquelle le CHU est un firmament sous lequel se rangent les praticiens hospitaliers, les spécialistes libéraux, les médecins généralistes et les autres.

L'hospitalo-centrisme a biaisé notre définition de ce qu'est la santé. La vraie médecine n'est pas nécessairement le traitement des maladies rares ou graves. La vraie médecine se fait aussi hors de l'hôpital, c'est celle de tous les jours, de la prévention et de la prise en charge de premier recours. Il y a toute une logique culturelle à faire évoluer.

Les représentants des chirurgiens-dentistes devraient réfléchir eux-mêmes à l'évolution de leur pratique, de leur mode de rémunération et de leur rôle au sein du système de santé, pour intégrer la gestion du risque en amont. Personne ne fera ce travail pour eux ou, si c'est le cas, ce ne sera pas avec la meilleure défense de leurs intérêts. Les chirurgiens-dentistes, comme les autres professionnels de santé, n'obtiendront des améliorations de leur situation qu'en échange d'une participation aux gains d'efficience globaux de notre système de santé.



# L'AIR-FLOW® handy 3.0 → PROPHYLAXIE PREMIUM SOUS ET SUPRA-GINGIVAL



AIR-FLOW PLUS

### POUDRE AIR-FLOW® PLUS

Nouveau, à base d'érythritol pour un traitement confortable, indolore et efficace<sup>2</sup>

'100% des personnes testées n'ont ressenti aucune douleur pendant le traitement – test de terrain EMS dans 15 cabinets dentaires, juillet-août 2012 'Test en laboratoire EMS, 3 bar, 5 mm



"I FEEL GOOD"

### EMS-SWISSQUALITY.COM

AIR-FLOW\* est une marque d'EMS Electro Medical Systems SA, Suisse

\* "Ie me sens bien"

FORMATION SANTÉ PUBLIQUE

**EN PRATIQUE** 



### Cellules souches, cancers buccaux, vaccin anticaries

# Comment soignerons-nous nos patients dans 25 ans?



Des dents saines en quelques semaines sans avoir recours à l'implant, c'est l'avenir radieux que nous laissent entrevoir les récents travaux menés par nos chercheurs français. Le miracle ne s'arrêterait pas là d'ici à 2040 : de véritables révolutions pourraient avoir lieu dans les cabinets dentaires. Quels obstacles ? Quels enjeux ? La brosse à dents semble, toutefois, avoir encore de belles années devant elle.

### Cellules souches, cancers buccaux, vaccin anticaries

# Comment soignerons-nous nos patients dans 25 ans?

Dévitaliserons-nous encore des dents en 2040 ? Soignerons-nous encore des caries ? Poserons-nous encore des implants ou s'agira-t-il de véritables dents ? Enseignerons-nous encore aux enfants à se brosser les dents deux fois par jour ? Lirons-nous l'avenir de nos patients dans leur salive ? Les progrès de la science laissent aujourd'hui entrevoir des solutions inédites de régénération et de prévention. Entre rêve et réalité, le point sur ce qui devrait arriver dans nos cabinets.

#### CELLULES SOUCHES: UN ESPOIR SANS PRÉCÉDENT POUR NOS ENFANTS

Objet de toutes les attentions pour les médecins, les cellules souches le sont désormais aussi pour les dentistes. C'est en tout cas ce que laissent espérer les récentes recherches menées par une équipe de chercheurs français qui a réussi à remplacer la pulpe de dents chez des rats par des cellules souches, pour constater quelques semaines plus tard qu'elle s'était reconstituée. Appliquée à l'homme, cette découverte permettrait de conserver les dents autrefois condamnées. Au lieu de les dévitaliser, on les aiderait à se régénérer. Ces propriétés réparatrices sont l'une des voies explorées par la recherche dentaire. L'autre étant la biosynthèse d'un implant. Dans les deux cas, c'est au formidable potentiel de ces cellules qu'on s'intéresse. Présentes dans la pulpe de certaines dents mais aussi dans la moelle osseuse, l'iris de l'œil ou la peau, ces cellules, encore non spécialisées dans une fonction précise, sont en général chargées de régénérer l'organe ou le tissu dans lequel elles se trouvent. Celles des dents sont, en plus, pluripotentes, c'est-à-dire capables de faire naître toutes sortes de cellules pour former des muscles, des cartilages, des vaisseaux sanguins, des cellules du foie, etc. Dans les dents, elles sont en mesure de produire non seulement de la pulpe, formée de nerfs et de vaisseaux sanguins, mais aussi de la dentine

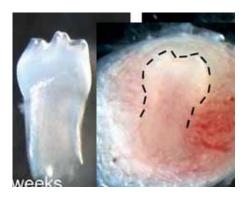
L'idée de les utiliser pour leurs propriétés régénératives remonte à 1981, en médecine, et à 2000, en dentisterie, après qu'une étude américaine aient révélé leur présence dans la pulpe dentaire. Dix ans plus tard démarraient les premiers tests cliniques sur animaux.

En France, les travaux menés par les équipes des Pr Catherine Chaussain, de l'université Paris-Descartes, et les cellules implantées avaient permis de reconstituer une pulpe dentaire fonctionnelle, revascularisée et réinnervée, mais elles ne s'étaient pas dispersées en dehors de la dent. Peut-on pour autant imaginer que cette avancée spectaculaire arrive demain en force dans nos cabinets? Pas avant quinze à vingt ans, répondent les chercheurs. Car les essais doivent d'abord se poursuivre

# 66 Trois semaines suffiraient pour passer d'un vrai bourgeon à une dent complète. 99

Didier Letourneur, de l'université Paris-Diderot, ont été publiés dans la revue Tissue Engineering du 22 juin dernier. À la base : un protocole très simple et des technologies de pointe pour suivre le devenir des cellules implantées. Ainsi des cellules souches prélevées dans la pulpe d'une dent saine ont-elles été multipliées en culture, mélangées à un collagène proche de la structure pulpaire, puis réinjectées dans une molaire évidée de sa pulpe. Marquées à l'aide d'un produit radioactif, les cellules ont ensuite été suivies à l'aide d'un appareil d'imagerie nucléaire (PET-Scan) permettant d'observer leur localisation dans l'organisme. Trois semaines plus tard, les résultats étaient concluants. Non seulement

sur d'autres animaux et certains freins biotechnologiques être levés. Sans oublier les obstacles éthiques et les réglementations nécessaires pour assurer la sécurité de ce type de traitements.



Un délai encore plus long est à prévoir pour la deuxième voie qu'offrent les cellules souches : celle de la synthèse dentaire. Plusieurs équipes de chercheurs ont pourtant, aujourd'hui, réussi à synthétiser des dents et à les réimplanter sur des animaux. Trois semaines suffiraient, en effet, pour passer d'un vrai bourgeon à une dent complète. Une matrice serait, par ailleurs, à l'étude pour servir de support aux cellules souches et guider la morphologie. Alors, pourquoi le passage à l'homme va-t-il sans doute prendre plus de vingt ans? Parce qu'il reste une inconnue majeure : celle de l'innocuité d'un tel implant en matière de cancérogénèse.

Reste aussi la question éthique, déjà

évoquée pour la régénération pulpaire. Où se procurer les cellules souches? Sur la pulpe des dents vivantes? Hors de question : l'opération les abîmerait. Via des banques de stockage de dents? Sur le plan médical, la solution semble idéale : les dents de lait et les dents de sagesse d'un patient pourraient y être conservées jusqu'à ce qu'il en ait besoin. Sur le plan éthique, elle fait débat. En l'absence d'acteur public pour gérer ces centres de stockage, le risque de commercialisation et de mainmise par des opérateurs privés inquiète. Un risque bien réel, si on en croit certaines offres qui commencent à fleurir sur internet, à l'étranger, mais aussi en France. Ainsi un laboratoire privé de biotechnologies proposet-il aux parents de garantir la santé future de leurs enfants. Moyennant quelques milliers d'euros, il se charge de stocker leurs dents de lait pendant vingt ans... Et ce, pour traiter dans un futur proche bien plus que leurs dents, à savoir : les tissus cardiaques et musculaires ou osseux, des maladies neurodégénératives, des maladies métaboliques liées au foie ou au pancréas, des maladies dégénératives de la rétine et de la cornée, l'ischémie par vascularogénèse, des tissus irradiés lors d'un traitement par irradiation ou des brûlures graves, etc. Au regard des promesses affichées sur ce site, il y a de quoi se laisser tenter. Mais les preuves scientifiques sont-elles à ce jour suffisantes? 🔷

### ENTRETIEN

### **66** Régénération pulpaire : les derniers freins sont éthiques et juridiques, pas scientifiques. **99**



**Chaussain**Laboratoire pathologies, imagerie et biothérapies orofaciales de l'université Paris-Descartes.

### Vous êtes au cœur de la recherche en matière de thérapie cellulaire appliquée à la médecine dentaire. Quand les cabinets auront-il accès à vos découvertes?

Pour ce qui concerne la régénération d'une «biodent », on en est encore au stade de la recherche fondamentale mais les résultats obtenus sont enthousiasmants. La preuve de concept a été apportée chez la souris. La régénération pulpaire est, quant à elle, beaucoup plus avancée et les expériences précliniques sont en cours et montrent qu'il est possible de régénérer une pulpe fonctionnelle dans plusieurs modèles animaux. Restent les problèmes d'éthique et de législation quant à l'expansion des cellules souches. Qui va les prélever? Sur quels patients? Avec quelles exigences de protection? Puis, comment les cultiver et les stocker? Pour quelle durée? Dans quelles conditions? En perspective d'allogreffes

ou d'autogreffes? Autant de questions sur lesquelles travaille entre autre notre collègue, le Dr Philippe Pirnay, en collaboration avec le laboratoire d'éthique médicale de luniversité Paris-Descartes et pour lesquelles il faut mettre en place des solutions avant de proposer ces thérapies régénératives aux patients.

### Cela signifie-t-il que, dans dix ans, on ne dévitalisera plus?

On dévitalisera moins. Car pour utiliser des cellules souches, il faudra que le patient soit biologiquement compétent, c'est-à-dire en bonne santé. De plus, il faudra que la dent traitée présente un minimum de potentiel vital et que les tissus environnants ne soient pas trop atteints.

### Quelles autres applications peut-on envisager à moyen terme?

Le potentiel des cellules souches ouvre des voies iné-

dites pour tout ce qui touche à la régénération osseuse, en particulier maxillo-faciale. Notamment dans le cadre de la chirurgie posttraumatique ou pour des patients atteints de maladies parodontales à un stade très avancé. Sans oublier les greffes osseuses, nécessaires en chirurgie implantaire ou dans le cadre de maladies rares.

### De nombreux laboratoires étrangers et un laboratoire français proposent aux patients de conserver les dents de lait de leurs enfants, en perspective des avancées de la science. Que leur répondre s'ils nous questionnent?

Trop d'inconnues subsistent, aujourd'hui, sur les conditions d'expansion et sur les indications de l'utilisation de ces cellules chez l'homme. Seule une solution gérée par un établissement public de type CHU pourrait protéger le public de dérives commerciales.



### TESTS DE DÉPISTAGE DES CANCERS BUCCAUX: C'EST POUR DEMAIN

Pour les quelque cinq mille patients touchés chaque année en France par un cancer buccal et les deux mille qui en meurent, les tests de dépistage précoce attendus pour 2015 en cabinet sont un espoir. Car pris en charge de manière précoce, ces cancers se guérissent bien et sont moins invalidants.

Initiée au début des années 80 avec les progrès de l'analyse moléculaire, la recherche de marqueurs cancéreux dans le sang, la salive ou l'urine s'est récemment accélérée. Plusieurs projets sont en passe d'aboutir dans le monde entier. Certains ne concernent que le cancer buccal, d'autres balayent un spectre plus large.

Ainsi, à Moncton, au Canada, l'équipe du Dr Ouellette aurait-elle mis au point un test permettant de détecter un cancer en 30 minutes, à l'aide de fluides corporels comme la salive ou l'urine, d'en déterminer le type et le niveau d'agressivité. Plus besoin de faire de biopsie ni d'attendre que le cancer atteigne un stade avancé; le test est capable d'isoler et d'analyser les microvésicules porteuses de l'information. Encore à l'essai, il pourrait être offert aux médecins d'ici à quelques années et, pourquoi pas, un jour, miniaturisé, implanté sur une puce, et distribué aux patients. Aux États-Unis et au Japon, deux universités affirment, quant à elles, pouvoir détecter à leur stade initial des

cancers du pancréas, du sein et de la sphère buccale à partir d'un simple test de salive. Leurs recherches ont porté sur les échantillons de salive de deux cent quinze personnes, dont certaines atteintes de cancer, et identifié cinquante-quatre substances permettant de dépister la maladie. Une analyse approfondie de ces substances a permis de déceler 99 % des cancers du pancréas, 95 % des cancers du sein et 80 % des cancers buccaux parmi les volontaires. Et ce en à peine une demijournée.

C'est en effet à ces trois cancers que s'attaque en priorité la recherche fondamentale en matière de dépistage salivaire depuis 2010, avec actuellement un protocole d'évaluation mondial pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Une partie de ces études se déroule en France, sous le contrôle de l'INCa. Les chercheurs se sont donnés jusqu'à 2015 pour évaluer la sensibilité de leur test oncoral et la précocité de sa détection in vivo. Si la fiabilité est bien au rendez-vous, comme prévu, il sera disponible immédiatement, en cabinet, et pourra être proposé à tout patient chez qui ont suspecte un risque de cancer buccal. Dans un premier temps disponibles sous vngt-quatre heures en laboratoire, les résultats devraient très rapidement pouvoir être obtenus en temps réel, au cabinet. 🛶

ENTRETIEN

### 66 Cancer buccal: le test sauvera des vies dès 2015. 99



**Dr Benoît Perrier** Secrétaire Général de l'UFSBD.

### Le test salivaire de dépistage du cancer buccal arrive en cabinet en 2015. En quoi représente-t-il une avancée considérable?

Avec moins de cinq ans d'espérance de vie pour 60% des patients, les cancers buccaux figurent parmi les plus mortels. Essentiellement parce qu'ils sont diagnostiqués trop tard. Ce qui est le cas des trois quarts des sept mille cinq cents nouveaux cas recensés chaque année en France. Mais il y a pire: le cancer buccal est l'un des seuls dont le taux de survie n'a pas progressé au cours

des trente dernières années. Parce qu'il permet d'identifier les cancers à un stade où ils ne sont pas encore détectables cliniquement, ce test de dépistage précoce représente donc le seul espoir de faire régresser la maladie.

### À qui et comment allonsnous le proposer?

À tous les patients à risque, c'est-à-dire aux alcolo-tabagiques, qui présentent vingttrois fois plus de risques de développer un cancer buccal que la moyenne. Mais aussi à tous les patients pour lesquels nous avons un doute à l'examen buccal, notamment s'ils ont plus de 55 ans. L'avantage, en matière de prévention, est que nous voyons en moyenne nos patients tous les deux ans.

#### Que faire, en attendant?

Pratiquer un examen buccal approfondi chez tous nos patients, notamment s'ils sont à risque. Un guide d'autoformation en plusieurs modules de 15 minutes chacun, avec des cas pratiques, des vidéos et des quiz, a été mis en ligne sur le site de l'INCa: www.e-cancer.fr/fichiers/formation\_dentiste/bin/inca.html





### Tout ce dont vous avez besoin : juste « Supreme »

La manipulation simple des matériaux de restauration Universel et Fluide facilite votre pratique.

La nanotechnologie unique de 3M ESPE vous apporte :

- Une esthétique exceptionnelle
- Une rétention du poli sans égal\*
- Une usure minime

Utilisez le duo gagnant de matériaux de restauration Filtek Supreme XTE pour de beaux résultats.

Le matériau de restauration Filtek Supreme XTE est un dispositif médical de classe lla selon la Directive 93/42 CEE. Marquage CE0123. 3M Deutschland GmbH, Allemagne. Lire attentivement les informations figurant sur la notice avant toute utilisation. Distribué par 3M France, 95006 Cergy Pontoise Cedex.





Matériaux de restauration Universel et Fluide







### LE VACCIN ANTICARIES : PAS PRÈS DE DÉTRÔNER LA BROSSE À DENTS

Pouvoir un jour éradiquer définitivement les caries comme on a éradiqué la rage ou le tétanos? Pouvoir s'y attaquer avec d'autres armes que la brosse à dents et l'alimentation? Le rêve d'un vaccin anticaries taraude les chercheurs depuis des années et

**66** La brosse à dents reste la meilleure arme contre les streptococcus mutans! **99** 

la progression technologique de la vaccination, avec comme cible unique les streptococcus mutans, principales bactéries responsables des caries. Car pas question d'éliminer en même temps toutes les bactéries buccales, indispensables au système digestif. Deux stratégies vaccinales peuvent alors être envisagées : la production d'immunoglobulines sécrétoires IgA ou sériques IgG. Les premières, communes à toutes les sécrétions glandulaires, sont, dans la cavité buccale, d'origine salivaire. Leur support peut être un vaccin muqueux intestinal. Les secondes, présentes en plus faible quantité, passent dans la cavité buccale par le fluide gingival. Elles nécessitent un vaccin injectable ou absorable par le lait. C'est sur ces deux voies que s'engagent les recherches fondamentales à partir de 1972, suivies par des tests cliniques dès les années 80, mais sans aboutir à une immunité très efficace. Les travaux les plus récents s'orientent vers une première solution utilisable uniquement chez les nourrissons. Dirigé contre la glucosyltransferase,

enzyme grâce à laquelle les streptococcus mutans adhérent à la surface dentaire, ce vaccin sous forme de gouttes nasales doit en effet impérativement être administré au moment où l'enfant se forge son immunité, et avant la colonisation de sa bouche par les streptococcus mutans, c'est-à-dire avant l'apparition des premières dents. S'ils ont déjà envahi sa cavité buccale, le vaccin est inefficace.

Deuxième solution : un vernis immunogène à appliquer à la surface des dents. Même s'il ne s'agit pas d'un véritable vaccin, car il ne confère pas de réelle immunité, ce vernis, facile à utiliser et à déployer, devrait voir le jour plus rapidement que le vaccin nasal. En attendant, les recherches et validations en cours actuellement concernent bien les deux pistes. Mais rien de très concret ne devrait arriver dans les cabinets avant 2020. Car de nombreuses questions restent en suspens. À commencer par l'impact de ces vaccins sur l'écosystème bactérien buccal et les effets secondaires généraux, notamment sur le plan parodontal. Sans oublier les freins réglementaires, nécessairement accrus des lors qu'on s'adresse au nourrisson.

Dès 1972, un rapport DE L'OMS sur la stratégie anticaries posait les limites d'une éventuelle solution immunogène. Elles n'ont pas beaucoup changé, depuis. Au regard des inconnues qui subsistent et du rapport bénéfice/risque, si vernis il y a, il sera probablement réservé à des populations à risque comme les irradiés, les immunodéprimés ou les populations en grande précarité. Les autres ne sont pas près de se séparer de leur brosse à dents, qui reste la meilleure arme contre les streptococcus mutans!



# FAITES DÉCOUVRIR « LE CHEWING-GUM SANS SUCRES À PRENDRE DANS LA JOURNÉE, EN COMPLÉMENT DES 2 BROSSAGES

Les nouvelles recommandations de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire préconisent notamment le passage à 2 brossages par jour pendant 2 minutes.

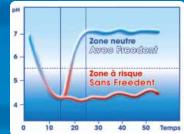
En complément, durant la journée, l'UFSBD recommande de mâcher un chewing-gum sans sucres pendant 20 minutes après chaque prise alimentaire solide ou liquide.

Pourquoi recommander le chewing-gum sans sucres à vos patients?

Mâcher un chewing-gum sans sucres pendant 20 minutes après une prise alimentaire multiplie le flux de salive, ce qui :

### • Aide à neutraliser les acides de la plaque dentaire

Après une prise alimentaire, stimuler la production salivaire avec un chewing-gum sans sucres permet de faire remonter le pH de la bouche jusqu'à la normalité de manière plus rapide.



### Aide au maintien de la minéralisation de l'émail

La salive apporte des ions et minéraux à la surface de la dent ce qui aide à reconstruire la densité minérale de l'émail, la renforce et inverse le processus de déminéralisation.

### Aide à lutter contre la xérostomie

Mâcher du chewing-gum sans sucres stimule la sécrétion de salive et contribue ainsi à lutter contre la bouche sèche.

### Pour passer de la parole au geste...

L'UFSBD et Freedent mettent à votre disposition des échantillons de chewing-gum sans sucres dès le mois de Juin dans vos cabinets : une solution simple et efficace permettant à vos patients de prendre soin de leur santé bucco-dentaire dans la journée.

Pour recevoir ces échantillons, reportez-vous à l'encart présent dans le magazine ou rendez-vous sur www.ufsbd.fr — Espace Pro









### www.ufsbd.fr

### Toutes nos formations DPC



Hygiène et asepsie : actualis et optimisez astucieusem			O	gdoc
Nice	15 mai 2014			
Saint Denis de la Réunion	28 mai 2014		atients à risques : qui sont	
Saint Denis de la Réunion	30 mai 2014	pro	écisément chaque risque po les recommandations	
Brest	19 juin 2014		Colmar	15 mai 2014
Mettre en place les traçabilit	és au cabinet dentaire (AD		Paris	12 juin 2014
Strasbourg	5 juin 2014		Aix-en-Provence	19 juin 2014
Rennes	26 juin 2014		Bordeaux	26 juin 2014
Paris	3 juillet 2014		Prescription médicamen	touse en médecine
Toulouse	3 juillet 2014		bucco-dentaire. Comment	
Les examens de prévent			Paris	22 mai 2014
enceinte aux enfar	its de 6 ans		Reims	22 mai 2014
Pau	15 mai 2014		La Rochelle	5 juin 2014
Nantes	5 juin 2014		Laon	12 juin 2014
Clermont Ferrand	19 juin 2014		Saint Etienne	12 juin 2014
Tours	3 juillet 2014		Charleville-Mézières	19 juin 2014
Mieux connaître les différen	ts types de handicans		Valence	26 juin 2014
pour améliorer notre prise			Perpignan	3 juillet 2014
Lyon	15 mai 2014			
Paris	5 juin 2014	D	our les dates de fin d'anné	o concultoz notro cito
Montpellier	26 juin 2014	P		
			<u>www.ufsbd.fr/es</u>	<u>μασε-μισ.ιι</u>

AD	AVEC	ASSIS	TANTE	DEN	TAIRE

	Coût du programme 395,50 € pris en charge en totalité et indemnisé 315 € sous réserve de la disponibilité de vos droits auprès de l'OGDPC   Pour m'inscrire :
Je suis chirurgien-dentiste exerçant dans le cadre <u>conventionnel</u> et je m'inscris dans le <u>cadre du DPC</u> *	J'ai ouvert un compte sur <a href="www.mondpc.fr">www.mondpc.fr</a> Je joins une enveloppe retour timbrée à mon adresse Je me suis inscrit à ce programme sur <a href="www.mondpc.fr">www.mondpc.fr</a> (Retrouvez le mode opératoire pour votre inscription: <a href="www.ufsbd.fr/espace-pro/notre-accompagnement/nos-formations/">www.ufsbd.fr/espace-pro/notre-accompagnement/nos-formations/</a> )  Je joins un chèque de caution de 395,50 € à l'ordre de l'UFSBD et retourne le bulletin d'inscription complété à l'UFSBD
( OU )	
	Coût du programme 395,50 €   Pour m'inscrire :
Je suis chirurgien-dentiste et je souhaite m'inscrire à la formation <u>en dehors du DPC</u>	Je joins un chèque de règlement de 395,50 € ou de 360 € si je suis adhérent à l'ordre de l'UFSBD  Je retourne le bulletin d'inscription complété  Je souhaite obtenir un dossier de prise en charge FIF PL et retourne le bulletin d'inscription complété à l'UFSBD  Je souhaite obtenir un dossier de prise en charge ACTALIANS
Je viens avec mon assistante	Tarif Adhérent UFSBD : 270 € Tarif non Adhérent UFSBD : 300 €  Je souhaite obtenir un dossier de prise en charge ACTALIANS (OPCA PL) (sous réserve d'acceptation, possibilité de prise en charge jusqu'à 240 €)
Je suis chirurgien-dentiste et je veu	x adhérer à l'UFSBD de mon département : je joins un chèque de 50€
Nom du chirurgien-dentiste :	Prénom :
Nom et prénom de l'assistante dentaire :	
Adresse:	
Code Postal :	Ville :
RPPS (carte de l'ordre)	ADELI
Tél :	Email:

En remplissant ce bulletin d'inscription je m'engage à participer à ce programme de DPC dans sa totalité. Les lieux et horaires me seront communiqués environ 15 jours avant la journée de formation présentielle, des frais de gestion de 85 € seront facturés. A moins de 15 jours avant la journée de formation et en cas de non-réalisation d'une des étapes, votre chèque de caution sera encaissé. Dans le cas où le nombre de participants serait insuffisant, l'UFSBD se réserve le droit d'ajourner la prestation au plus tard 15 jours avant la date prévue et ne versera aucune indemnité.

\*Programme admissible dans le cadre du DPC sous réserve de parution au Journal Officiel des orientations scientifiques nationales

EN PRATIQUE FORMATION SANTÉ PUBLIQUE



### Pérennité implantaire

### Prévenir les complications



Le nombre de patients porteurs d'implants dentaires ne cessant d'augmenter, la prévention des complications se doit d'être au cœur des préoccupations des praticiens. Identifier les facteurs de risque et éduquer le patient font partie des bonnes pratiques.

### Pérennité implantaire

### Prévenir les complications

Avec l'accroissement du nombre de nos patients implantés et le vieillissement des implants mis en place, la prévalence des problèmes inflammatoires péri-implantaires dans nos cabinets d'omnipratique ne cesse d'augmenter. Comme Newman et al. le fait remarquer : les soins parodontaux et, par extension, péri-implantaires vont devenir l'occupation principale de notre exercice. Il est aujourd'hui primordial d'inclure dans notre pratique la maintenance péri-implantaire.

Auteurs: Dr Thierry Page, Dr Benoît Delbouys et Dr Lara Derevianko.

Les méthodes de diagnostic ont été empruntées à la parodontologie, adaptées et étendues aux paramètres spécifiques de l'implant. La prévention de la maladie péri-implantaire nécessite une compréhension approfondie de la maladie sous-jacente et des différents facteurs impliqués. Il faut comprendre les signes de la maladie péri-implantaire afin de les diagnostiquer précocement et prévenir ainsi la perte d'attache et d'os autour des implants.

### **DÉFINITIONS ET PRÉVALENCE**

En 1980, l'European Workshop of Periodontology commençait à décrire des états inflammatoires destructifs autour d'implants ostéointégrés entraînant l'apparition de poches péri-implantaires avec perte osseuse. Aujourd'hui, les définitions sont les suivantes.

 Mucosite: processus inflammatoire réversible des tissus mous entourant un implant en fonction. Les premiers signes cliniques sont une rougeur, un gonflement des tissus mous avec saignement au sondage < -> gingivite en parodontologie.

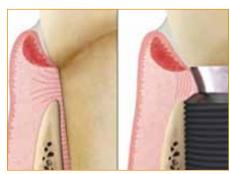
- Péri-implantite : processus inflammatoire des tissus mous et durs entourant l'implant en fonction caractérisé par une perte osseuse associée. La lésion de la muqueuse est souvent accompagnée de suppuration < -> parodontite en parodontologie Nous n'évoquerons, ici, que les maladies péri-implantaires déclarées après la mise en fonction de l'implant. Tous les défauts d'ostéo-intégration dus au protocole chirurgical utilisé léchauffement de l'os pendant le forage responsable d'une nécrose osseuse, altération du site implantaire, défaut d'irrigation interne et/ou externe, etc.) et responsables de la perte de l'implant avant six mois ne seront pas traités. Les nombreusesétudes (Zitzmann et Berglundh 2008, Mombelli et al. 2012, etc.) montrent des chiffres trop divergents, et ne peuvent être prises comme référence. Les définitions de la maladie péri-implantaire étaient, jusqu'à aujourd'hui, variables selon les auteurs ou les écoles, et les méthodes d'évaluation, non unifiées. Désormais, il est acquis que la prévalence de la péri-implantite est

implants (Entretiens de Bichat 2013). L'apparition de la maladie péri-implantaire sur des implants unitaires à prothèses scellées peut apparaître à partir du quatrième mois après la prise en charge et jusqu'à plus de 9 ans. De même, il semble qu'il n'existe pas de corrélation entre la péri-implantite et la surface implantaire (relief ou irrégularité de surface, rugosité du traitement de surface/composition chimique de cette dernière).

### ÉTIOLOGIE, PHYSIOPATHOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE DES MALADIES PARODONTALES ET PERI-IMPLANTAIRES

Dès que les implants sont mis en place et exposés à l'environnement buccal, les glycoprotéines de la salive adhèrent à la surface exposées et sont colonisées par des micro-organismes. Très peu de temps après la pose de l'implant, une flore sous-gingivale dominée par la présence des complexes rouges et orange s'installe. Le staphylococcus auréus semble également être un facteur pathogène initiateur de la péri-implantite.





de 16 % des patients et de 6 % des

Tissus mous entourant l'implant et la dent.



Poche parodontale et péri-implantite.

ORMATION

www.ufsbd.fr

### Découvrez 2 foi

AVEC TRAVAUX PRATIQUES

## Découvrez 2 formations au coeur de l'omnipratique

### Actualisez votre pratique en parodontologie

Les maladies parodontales prennent une place grandissante et l'omnipraticien est en première ligne pour intercepter ces pathologies. Les thérapies parodontales se sont simplifiées pour devenir très abordables en omnipratique. Nous vous proposons une journée de formation pour mettre en accord vos pratiques avec les avancées technologiques.

#### **OBJECTIFS PEDAGOGIQUES**

- Mise au point sur l'étiologie et les facteurs de risques des maladies parodontales.
- ✓ Découvrir les avancées technologiques des nouveaux systèmes ultrasoniques et d'aéropolissage.
- ✓ Optimiser la prophylaxie parodontale avec l'aéropolissage.
- ✓ Simplifier la maintenance parodontale.

### Pérennité implantaire : prévenir, diagnostiquer et traiter les complications

Avec le développement important de la prise en charge implantaire, la pérennité de ces traitements est plus que d'actualité désormais. Nous vous proposons une journée pour réactualiser vos pratiques.

### **OBJECTIFS PEDAGOGIQUES**

- Mise au point sur l'étiologie et les facteurs de risques des maladies péri-implantaires.
- Découvrir les avancées technologiques des nouveaux systèmes ultrasoniques et d'aéropolissage.
- ✓ Optimiser la prophylaxie implantaire.
- ✓ Améliorer la prise en charge des maladies péri-implantaires.
- ✓ Simplifier la maintenance implantaire.

### **LES «PLUS» DE CES FORMATIONS**

- 2 thématiques au coeur de l'actualité pour répondre aux nouveaux besoins de vos patients
- Des concepts théoriques mis en application au cours de Travaux Pratiques sur des modèles
- Remise d'outils sur l'organisation et la communication pour une mise en application au cabinet.

Inscrivez-vous en découpant
le bulletin de réservation.
le bulletin de réservation.
pour toute autre demande contactez
le service formation de l'UFSBD

+ OUTILS DE COMMUNICATION PATIENTS REMIS LORS DE LA FORMATION

### **BULLETIN D'INSCRIPTION**

Places limitées à 15 praticiens

☐ Je suis chirurgien-dentiste et je veux adhérer à l'UFSBD de mon département : je joins un chèque de 50€

### ACTUALISEZ VOTRE PRATIQUE EN PARODONTIE

 □ TOULON Ie 19/06/2014
 □ REIMS Ie 23/10/2014

 □ BREST Ie 11/09/2014
 □ NANTES Ie 13/11/2014

 □ STRASBOURG Ie 25/09/2014
 □ GRENOBLE Ie 12/12/2014

 □ CLERMONT-FERRAND Ie 16/10/2014

### PÉRENNITÉ IMPLANTAIRE

- BORDEAUX Ie 15/05/2014
   LIMOGES Ie 09/10/2014

   LILLE Ie 12/06/2014
   PARIS Ie 23/10/2014
- ☐ STRASBOURG le 26/06/2014 ☐ LYON le 06/11/2014
- NANTES le 05/09/2014 REIMS le 04/12/2014

#### Cochez le tarif choisi

Chirurgien-dentiste						
Adhérent UFSBD	Non adhérent					
295 € par formation	☐ 320 € par formation					

Nom du chirurgien-dentiste :	Prénom :	
Adresse :		
Code Postal : Ville :		Tél :
mail :		☐ Je joins un chèque de règlement de €

Les lieux et les horaires seront communiqués environ 15 jours avant la formation. Aucun remboursement n'est possible pour une annulation à moins de 3 semaines de la journée de formation. L'UFSBD se réserve le droit d'ajourner la prestation au plus tard 15 jours avant la date prévue et ne versera aucune indemnité.

### **ORANGE COMPLEX**

Prevotella Poptostreptococcus Campylobacter Fusobacterium Eubacterium

#### **RED COMPLEX**

Porphyromonas gingivalis Treponema denticola <u>Tannerella forsythia</u>

Comme pour la parodontite, la maladie péri-implantaire est associée à la présence d'une flore motile anaérobie Gram négatif. D'ailleurs, les bactéries pathogènes provenant des poches parodontales des dents résiduelles des patients souffrant de parodontite viennent coloniser les tissus péri-implantaires. Il est donc impératif de traiter et de stabiliser la parodontite AVANT de poser des implants.

Les facteurs de risque: il est nécessaire au clinicien d'identifier les situations ou les patients pouvant présenter un risque accru de péri-implantite pour mettre en place des mesures préventives.

### 1. Mauvais contrôle de plaque

En acceptant un traitement de reconstruction prothétique implantoportée, le patient devra impérativement être informé qu'une bonne maintenance bucco-dentaire est essentielle à la réussite de son traitement. Son aptitude à maintenir avec rigueur ses soins locaux à long terme est primordiale pour le succès de ses implants, même plusieurs années après leur mise en charge. L'émergence des prothèses sur implant détermine la facilité avec laquelle le patient pourra utiliser

ses outils d'hygiène (brosse à dents, brossette interdentaire, fil). Ce profil d'émergence sera également influencé par la position des implants, les exigences esthétiques et fonctionnelles; cette anticipation est nécessaire. Néanmoins, la conception de la prothèse sur implant doit permettre un nettoyage adéquat de l'implant par le patient.

### 2. Antécédent de parodontite

De nombreux patients atteints de parodontite et ayant perdu des dents consécutivement deviennent des candidats aux traitements implantaires. Les patients ayant eu une parodontite développeront plus facilement une périmplantite, ce qui n'influencera pas forcement le taux de survie des implants. Ces patients présentent un risque accru de complications autour de l'implant et les pertes osseuses péri-implantaires seront plus importantes que pour un patient sain.

Néanmoins, la pose d'implant chez un patient présentant des antécédents de parodontite, même sévère, n'est pas contre-indiquée à condition que cette dernière ait été traitée convenablement et que le patient respecte strictement les règles de maintenance à long terme.

#### 3. Le diabète

Les relations entre les maladies parodontales et le diabète sont très étroites et largement étudiées. La parodontite est la sixième complication du diabète. La gravité de la parodontite est inversement proportionnelle à l'équilibre du diabète. La prévalence, la sévérité et la vitesse d'évolution de la parodontite sont plus importantes chez les patients atteints de diabète non équilibré. De nombreuses études ont été menées sur le diabète et l'échec

implantaire, mais peu d'entre elles ont étudié l'association du diabète et des péri-implantites.

#### 4. Tabac

La consommation de tabac est un facteur de risque majeur. Un sevrage tabagique devra systématiquement être discuté avec le patient en prélude à son traitement implantaire. Les fumeurs ont 3,6 à 4,6 fois plus de risques de développer une péri-implantite que les non-fumeurs. Le taux de survie de leurs implants, inférieur à celui des non-fumeurs, est de 80 à 96 %. Ils présentent un indice de plaque plus élevé, une inflammation des tissus péri-implantaires accrue, et une augmentation de la profondeur des poches péri-implantaires. Ces patients devront être suivis plus régulièrement en maintenance.

#### 5. Génétiques

Les variations génétiques ont été citées comme un facteur de risque des périimplantites.

Certains médiateurs comme les interleukines (IL)-1, IL-6, IL-8, IL-12 et le facteur de nécrose tumorale TNF-alpha sont impliqués dans l'inflammation systémique et dans la réaction de phase aiguë. Les études scientifiques animales et humaines montrant une corrélation entre ces médiateurs, en particulier l'IL)-1, et les maladies périimplantaires semblent encore à ce jour contradictoires. L'utilisation de tests génétiques ne présente aujourd'hui aucun intérêt en clinique. En revanche, elle présente un intérêt indéniable sur la classification du risque.

### 6. Surocclusion

L'implant supporte moins bien les surcharges latérales que la dent naturelle. L'absence de ligament en est la raison. Toutes les forces occlusales sont directement transmises à l'os marginal, sans le rôle amortisseur du ligament. Dans le cas de surcharges occlusales ou de forces latérales répétitives, l'os marginal peut se microfracturer, ce qui peut éventuellement entraîner une perte osseuse. Il est néanmoins difficile de conduire des études sur la surcharge occlusale car de trop nombreux facteurs entrent en ligne de compte : l'amplitude, la durée, la direction et la fréquence des forces occlusales, d'une part, et, d'autre part la tolérance et la réponse de l'hôte. 🔶



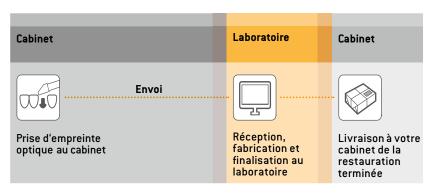
### LA CFAO POUR TOUS.

Optez pour la solution de CFAO adaptée à votre pratique, de la plus économique à la plus avancée. Remplacez vos prises d'empreintes physiques par nos caméras de prises d'empreintes optiques, et finalisez vos restaurations en cabinet en une seule séance, ou en échangeant instantanément avec votre laboratoire.



### **APOLLO DI**

L'accès économique à l'empreinte optique.





sirona

#### 7. L'excès de ciment

La prothèse implantaire scellée est favorisée, dans nos pratiques quotidiennes, par rapport à la prothèse vissée pour : éviter le phénomène de dévissage, la passivité de la prothèse, pour l'esthétique, et par souci d'économie. La contrepartie de ce système : le risque de laisser du ciment sur l'implant au niveau des tissus mous, ce qui peut être à l'origine d'une périimplantite. Le ciment a deux actions néfastes pour les tissus marginaux: un effet mécanique évident et un rôle de niche bactérienne en raison de sa rugosité. Cette complication courante est souvent sous-estimée par les praticiens.

#### LA MAINTENANCE IMPLANTAIRE

Les études à long terme montrent que, sans maintenance, les patients perdent deux à trois fois plus de dents et ont deux fois plus de risques de devoir recommencer leur traitement. Ce qui montre bien qu'un traitement parodontal chirurgical et/ou non chirurgical est totalement inefficace sur le long terme s'il n'y a pas de maintenance parodontale.

Elle permet de maintenir les résultats acquis, de contrôler et renforcer la motivation du patient, d'éliminer les dépôts néoformés, de contrôler l'occlusion et de vérifier l'évolution des sites cicatriciels.

Il s'agit de prévenir le risque de récidive et de minimiser celui de perte implantaire. Le but est la recherche d'un équilibre entre facteurs pathogènes et résistance de l'hôte.

L'acteur central du suivi des traitements implantaires est l'omnipraticien. C'est lui qui est, aujourd'hui, concerné au premier chef. Il a, le plus souvent, posé l'indication et procédé (au moins) à la pose de la prothèse. Même si tous n'ont pas réalisé le traitement chirurgical, il revient pourtant aux omnipraticiens d'en assurer la maintenance. Leur rôle est essentiel, car ils sont au cœur du dispositif de surveillance, de maintenance mais aussi de prévention, et de gestion des complications.

#### **RÔLE DU PRATICIEN**

En général, un rendez-vous pour l'entretien d'un implant comprend :

- la mise à jour de l'historique médical et dentaire ;
- un examen intrabuccal des tissus mous;
- une évaluation de la supra-structure implantaire;

- une évaluation dentaire et parodontale (chez les patients partiellement édentés);
- un examen radiographique;
- l'élimination du biofilm et de la plaque dentaire sur la dent/l'implant;
- un contrôle de l'efficacité d'élimination de la plaque dentaire par le patient.
   Une évaluation minutieuse des tissus mous péri-implantaires doit être effectuée par le dentiste.

Les niveaux osseux autour de l'implant doivent être également surveillés régulièrement:

- par radiographie;
- ou par mesure entre un point fixe sur la couronne de l'implant et le niveau où la sonde s'arrête dans le sillon implantaire.

L'estimation de la supra-structure y compris prothétique, mais sans s'y limiter, l'observation des signes d'usure excessive sur la couronne de l'implant, une supra-structure mal ajustée, des vis cassées ou des points douloureux sous la prothèse, donnent des informations importantes.

La maintenance occlusale consiste en un contrôle trimestriel, la première année et annuel, par la suite, de l'intégration occlusale et fonctionnelle, suivi, si besoin est, d'une équilibration en occlusion d'intercuspidie maximale et en diduction.

Il convient d'utiliser les dispositifs les plus efficaces pour éliminer totalement le biofilm et la plaque dentaire, tout en limitant au maximum l'impact sur l'implant et les tissus avoisinants. Pour l'élimination des dépôts durs et mous autour des prothèses, des piliers, voire des implants, le praticien utilisera des inserts et des curettes spécifiques en titane, en téflon, en silicone ou en PEEK, en carbone, altérant le moins possible les surfaces à nettoyer.

En complément, le polissage est indispensable : on privilégiera les techniques par aéropolissage avec des poudres adaptées à la maintenance implantaire. L'aéropolissage permet une accessibilité plus complète des surfaces et l'innocuité pour les structures implantaires et les tissus et un rinçage final. Certaines poudres peuvent aussi être composées de chlorhexidine pour compléter la désinfection locale. Les aéropolisseurs avec des têtes spécifiques permettent un nettoyage sous-gingival efficace, avec une granulométrie adaptée aux surfaces implantaires.

Enfin, les procédures d'hygiène buccodentaire suivies par le patient doivent





être évaluées par des techniques appropriées, puis renforcées et corrigées, le cas échéant. Il est indispensable de déterminer l'intervalle idéal entre ces rendez-vous pour éviter la réapparition de la maladie. À l'aide des informations cliniques dont dispose le dentiste pour évaluer le patient, l'intervalle le mieux adapté pour les rendez-vous d'entretien implantaire est généralement compris entre trois et quatre mois.

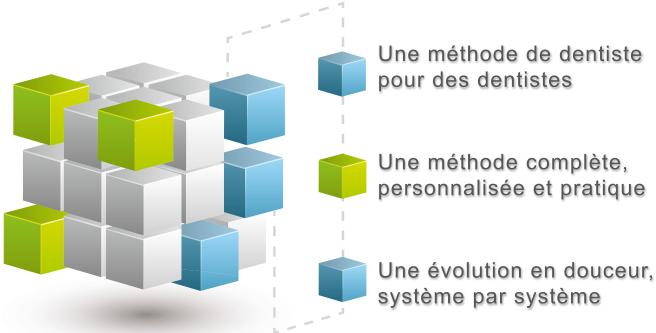
### **RÔLE DU PATIENT**

L'un des aspects importants de la santé implantaire concerne les mesures de prévention mises en place par le patient à domicile pour assurer le confort, la fonction et l'esthétique implantaire. L'évaluation du risque est propre à chaque patient; les protocoles de soins à domicile doivent être personnalisés en fonction des besoins de chaque patient. L'exécution à domicile de soins corrects implantaires a un impact sur le développement des biofilms et la réponse inflammatoire tissulaire qui en résulte autour de ces dispositifs.

En outre, un brossage efficace, l'utilisation d'une large gamme d'accessoires interdentaires, notamment les fils dentaires avec ou sans porte-fil, les brossettes interdentaires, les embouts mousse et les embouts en caoutchouc doivent être utilisés pour réduire la quantité de biofilms entre les implants ou entre la dent et l'implant. Bien que les bains de bouche contenant de la chlorhexidine réduisent les biofilms sur l'implant, cet agent actif n'a pas d'indication en maintenance; il sera préférable d'utiliser un bain de bouche du quotidien anti-plaque, notamment à base d'huiles essentielles.

### GROUPE EDMOND BINHAS





### NOS PROCHAINS SÉMINAIRES

OMNIPRATIQUE
VITROLLES 17 & 18 avril 2014
CAEN 24 avril 2014
GENÈVE 15 & 16 mai 2014
TOULOUSE 12 & 13 juin 2014

IMPLANTOLOGIE LILLE 5 & 6 juin 2014 ESTHÉTIQUE

CANNES 8 mai 2014







Pour une vie professionnelle plus épanouie, appelez-nous au : +33 (0)4 42 108 108 / contact@binhas.com

### **JOURNÉE DE REVALIDATION**

de l'Attestation de Formation aux Gestes





Vous avez suivi une formation pour obtenir l'Attestation AFGSU 1 ou 2 il a près de 4 ans ? Afin d'en maintenir sa validité encore 4 ans, vous avez l'obligation de réactualiser vos connaissances lors d'une journée de revalidation.

Le programme

OBJECTIFS: Mobilisation des connaissances théoriques et pratiques nécessaires à l'identification d'une urgence à caractère médical et à sa prise en charge seul ou en équipe, avec ou sans matériel et en attendant l'arrivée de l'équipe médicale spécialisée.

### Personnels concernés : titulaires de l'AFGSU 1 et 2 depuis maximum 4 ans

• Chirurgiens-dentistes et assistantes dentaires titulaires de l'AFGSU depuis maximum 4 ans

### Contenu du programme

(conforme à la règlementation «arrêté du 3 mars 2006» relatif à l'attestation de formation gestes et soins d'urgence)

- Identification des difficultés techniques et de prise en charge rencontrées depuis la formation
- Sensibilisation à une thématique de santé publique

L'urgence vitale : Actualisation des connaissances sur la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire

Les risques collectifs

### Méthodes pédagogiques

- Techniques de pédagogie active permettant l'expression de l'apprenant et la construction du savoir théorique et pratique
- Apprentissage pratique sur cas concrets simulés
- Analyses de pratiques à partir des situations profession-

Inscrivez-vous en découpant le bulletin de réservation. Pour toute autre demande contactez le service formation de l'UFSBD 01 44 90 93 94

### PRISE EN CHARGE

Cette formation est susceptible d'être prise en charge par l'OGDPC, FIF PL et ACTALIANS (OPCA PL)



(ce programme correspond aux orientations nationales DPC 3 et 6)



Sessions limitées à 12 places

### Bulletin de pré-inscription

1 C	000	ione.	001	2	014

- ☐ LYON en pré-inscription
- ☐ PARIS en pré-inscription
- ☐ RENNES en pré-inscription
- ☐ STRASBOURG en pré-inscription
- ☐ TOULON en pré-inscription
- □ TOULOUSE en pré-inscription
- ☐ Autres villes souhaitées : .....

-				
5.	Cochez	les tarif	s choisis	(nar participant)

1 journée de revalidation

Journée de revalidation de l'attestation de formation aux gestes et s	oine
· ·	ollis
d'urgence AFGSU 1 et 2	

		•																							
J	e s	uis	cl	niru	ırgi	en-	dent	tiste	et je	veux	adhé	rer i	à l'Ul	FSBD	de r	non	dépo	ırten	nent	: je	joins	un	chèque	de	50€
١.		1.0	4	-					1 117	FCCI		4													

### Merci de Fournir une copie de l'AFGSU initiale

#### 2. Stagiaire

•	
Nom du chirurgien-dentiste :	
Nom de l'assistante dentaire :	
Adresse :	
Code Postal : Ville :	
Tél :	

#### Adhérent UESBD Non adhérent

ilci ciit oi 3DD	Non dancient
<b>□</b> 270 €	<b>□</b> 320 €

☐ Je joins un chèque de règlement de €
---

EN PRATIQUE FORMATION SANTÉ PUBLIQUE



# Stratégie nationale de santé

# L'UFSBD apporte sa pierre à l'édifice



L'UFSBD, en tant qu'acteur de santé publique, souhaite faire peser davantage la santé bucco-dentaire dans les enjeux de santé publique. La stratégie nationale de santé, présentée par le Gouvernement à l'automne dernier, s'articule autour de trois axes : la prévention, le parcours de santé et l'information du patient. Le point de vue de l'UFSBD pour chacune de ces priorités.

# Stratégie nationale de santé L'UFSBD apporte sa pierre à l'édifice

La stratégie nationale de santé, lancée par Marisol Touraine à l'automne 2013, vise à transformer en profondeur le système de santé français. L'UFSBD, soucieuse de placer la santé bucco-dentaire parmi les enjeux de santé publique, saisit la balle au bond et veut faire entendre la voix des chirurgiens-dentistes au travers des différents volets du plan. Perspectives croisées.

Les grandes orientations de la stratégie nationale de santé, voulue par le Président de la République, ne sont plus un secret pour personne. Elles consistent à encourager la prévention, réduire les inégalités sociales de santé et garantir l'accès aux soins, adapter les soins

métiers ainsi que la coordination entre eux. Le troisième, enfin, consiste à renforcer la démocratie sanitaire, autrement dit les droits des citoyens et leur implication dans le système de santé.

# **66** Les pouvoirs publics affirment ne pas vouloir cloisonner le préventif et le curatif. **99**

aux besoins des patients, développer la recherche et la formation, affirmer le droit des usagers et impliquer les citoyens dans l'organisation de notre système de santé.

En posant ainsi le cadre de l'action publique pour la décennie à venir, la Ministre de la Santé, Marisol Touraine, fait écho aux préoccupations de l'UFSBD. Pour les chirurgiens-dentistes, l'enjeu est celui de la reconnaissance de leur impact sur la santé publique et la formalisation de leur rôle de prévention dans leur cabinet. La feuille de route de la stratégie nationale de santé comporte trois axes, complémentaires les uns des autres.

Il s'agit tout d'abord de donner la priorité à la prévention et de mieux prendre en compte les déterminants de santé. Le deuxième axe, de loin le plus fourni, s'attelle à organiser en ville des parcours de santé autour du patient. Il prévoit, en outre, de repenser le pilotage de la recherche en santé afin de prendre en marche le train de la médecine personnalisée, de repenser la formation des professionnels de santé, leurs

#### 1 – ÉDUQUER ET PRÉVENIR

La prévention figure en tête des priorités pour la santé des Français affichées dans la stratégie nationale de santé. Constatant que « l'approche usuelle des questions de santé, fondée sur l'efficacité et l'efficience du système de soins » ne suffit pas pour répondre aux enjeux de santé actuels, en particulier le développement des pathologies chroniques et le vieillissement de la population, le législateur souhaite étendre le champ des politiques de santé publique et inscrire la prévention dans une logique de promotion de la santé intégrée qui prend en considération tous les déterminants de la santé. «Une bonne santé découle aussi des choix politiques en matière d'économie, d'éducation, d'environnement, de travail mais aussi de transport, d'urbanisme, de pratiques sportives et bien entendu, de cohésion sociale», justifie-t-il. La mobilisation des autres politiques publiques consacrées, notamment, à l'éducation, au social, au travail ou à l'environnement, est ainsi présentée comme indispensable pour agir en ce sens.

#### Priorité aux approches intégrées

L'ambition est de faire appel à tous les acteurs dans le cadre de prises en charge globales, les fameux parcours à construire. La promotion de la santé, l'éducation pour la santé et, l'éducation thérapeutique font figure d'outils privilégiés pour favoriser l'acquisition de comportements et de modes de vie ayant un effet favorable sur la santé des personnes concernées.

Si plusieurs thématiques comme la santé des jeunes, le tabagisme, l'obésité, la santé mentale, les cancers et les maladies du vieillissement sont citées, à titre d'exemples, dans la stratégie nationale de santé, la liste des priorités de santé publique pour les années à venir n'a pas encore été arrêtée. La politique de prévention privilégiera certainement les approches intégrées déclinées par thématique, mais aussi par population (enfants, femmes enceintes, personnes âgées) et par lieu de vie (au travail, à l'école, en institutions). La politique de prévention voulue par le Gouvernement a pour objectif d'offrir à tous les moyens et les capacités de rester en bonne santé. Les pouvoirs publics affirment ne pas vouloir cloisonner le préventif et le curatif et souhaitent diversifier l'offre de santé de manière à toucher tous les publics. Il est ainsi précisé que les actions à mener doivent toucher l'ensemble de la population à la fois dans le cadre du soin et en dehors de lui. Cette démarche sera précisée dans le cadre de la future loi de santé publique.

C'est elle qui fixera les objectifs et les orientations de santé publique qui ont vocation à être déclinés aux niveaux régional et local.

#### LE POINT DE VUE DE L'UFSBD

# 66 Je dis chiche et enfin! 99

#### Que pensez-vous du discours de la stratégie nationale de santé sur la prévention?

Dr Jacques Wemaere, Vice-Président de l'UFSBD: Notons, d'abord, que la prévention arrive en première position dans la stratégie nationale de santé, ce qui est inédit dans une politique de santé. Alors je dis chiche, et enfin! Cela fait des années que l'UFSBD appelle de ses vœux un véritable plan de prévention pour notre pays. Cela étant, ne soyons pas naïfs: les limites à sa mise en place sont réelles, en particulier celles d'ordre financier. L'intention est louable, mais on ignore encore ce qu'il en sortira concrètement. Pour les chirurgiens-dentistes, qui sont des professionnels de santé de premier recours et, à ce titre, accompagnent les patients au quotidien, il y a un enjeu de reconnaissance de certaines de leurs compétences et de formalisation plus concrète de leur rôle de prévention.

# Concrètement, quelles propositions de l'UFSBD s'inscrivent dans l'esprit du plan?

Presque toutes! Inclure la santé buccodentaire dans les messages de prévention vis-à-vis des maladies chroniques comme le diabète, les pathologies cardiaques ou les cancers serait un bon début. Les actions de soutien du programme M'T Dents doivent être pérennisées et étendues à d'autres âges. Et puisque l'ambition est de considérer la personne dans son environnement, il importe d'éduquer les enfants mais aussi leurs parents, les personnes âgées ainsi que leurs enfants, les personnes handicapées comme les aidants.

# Sur quoi serez-vous particulièrement vigilants?

Les caries, les maladies parodontales et l'érosion dentaire demeurent trois notions problématiques en santé bucco-dentaire, pour lesquelles il faut parvenir à limiter les comportements à risque. Le chirurgiendentiste est bien placé pour intervenir, par exemple, dans la lutte contre les addictions, en particulier le tabac, ou dans l'éducation aux bonnes habitudes alimentaires. Mais encore faut-il lui en laisser la possibilité en n'oubliant pas de le mettre dans la boucle. L'objectif de réduire

les inégalités sociales de santé entraîne un risque d'hyperciblage de la prévention qui consiste, par exemple, à aller uniquement vers les zones d'éducation prioritaires. Or, l'éducation pour la santé et les outils de la prévention doivent pouvoir toucher un maximum de personnes. Il faut rester vigilant pour garder une approche grand public tout en déclinant des approches plus ciblées.

#### 2 - ORGANISER LES SOINS

La stratégie nationale de santé se donne pour priorité d'organiser en ville une meilleure prise en charge dans le cadre du parcours de soins afin d'éviter les complications et les hospitalisations inutiles. Cette vaste et d'éducation pour la santé et à jouer sur la complémentarité entre les professionnels. Un animateur ou coordinateur de territoire, dont le profil et le statut restent à préciser, pourrait les y aider. Il est également fait mention de « définir un service public territorial de santé qui conduit les acteurs à remplir de manière solidaire un certain nombre d'objectifs de santé publique ». À noter, le souhait exprimé d'améliorer l'articulation entre les EHPAD et les soins de proximité.

La mise en place de parcours suppose, par ailleurs, de réformer les modalités de financement du système de santé. Sur ce point, le texte affirme que «l'ensemble des modalités de

# 66 La mise en place de parcours suppose par ailleurs de réformer les modalités de financement du système de santé. 99

réforme de l'organisation des soins passe, notamment, par le soutien à la constitution d'équipes pluriprofessionnelles de proximité dont la cheville ouvrière reste le médecin traitant. L'exercice collectif au sein de maisons ou pôles de santé est plébiscité. Les équipes sont invitées à développer des projets de santé incluant des actions de prévention

tarification et de financement sanitaires et médico-sociales sera réexaminé dans un souci de simplification et de meilleure prise en compte des activités de coordination et de santé publique». Faciliter l'accessibilité financière aux soins fait partie des objectifs. À cet égard, l'axe 2 de la stratégie nationale de santé prévoit que tous les assurés pourront bénéficier du tiers-payant en





ville avant 2017. La généralisation de la couverture complémentaire en santé, au travers, notamment, de l'extension d'une complémentaire d'entreprise à tous les salariés, doit également y contribuer.

D'autres évolutions sont prévues dans

#### L'évolution de tout un système

le but de réorganiser le pilotage de la recherche en santé, jugé trop complexe, et de promouvoir une recherche tournée vers les technologies et la médecine personnalisée. Par ailleurs, le législateur attend de la recherche scientifique qu'elle contribue à définir et à évaluer les politiques de santé en général, de santé publique et de prévention en particulier. Il souhaite développer la recherche sur la prévention et les travaux qui explorent les liens entre inégalités socioéconomiques et états de santé. La réorganisation voulue des soins, des techniques et des pratiques ne saurait prendre forme sans revoir la formation des professionnels. Transfert de compétences, valorisation des soins de premiers recours auprès des étudiants, mutualisation de compétences et postes partagés dans les établissements hospitaliers et, maisons de santé universitaires sont autant d'initiatives encouragées, le législateur s'inquiétant en premier lieu pour la médecine générale et ne mentionnant que très peu les autres professions de santé. S'agissant de la formation continue, les programmes pluri-professionnels d'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques seront multipliés. Dernier levier majeur identifié par les pouvoirs publics : le développement des systèmes d'information de santé et le recours aux outils numériques en vue de faciliter le partage d'informations et la coordination entre professionnels

de santé. Le dossier médical personnel version 2 (DMP 2), réorienté au service du parcours de santé, apparaît comme l'outil phare de cette coordination et l'instrument privilégié de la prise en charge des pathologies chroniques. Une stratégie nationale de soutien à la télémédecine, vue comme un élément structurant et facilitant pour l'organisation des soins de proximité, sera élaborée. Les pouvoirs publics qualifient, en outre, d'impérative la mise en place d'un service public d'information en santé, et de la prévention à l'orientation dans le système de santé. Le Gouvernement reconnaît, enfin, que les données d'analyse des parcours, des offres et besoins de santé sont insuffisantes, à ce jour. En santé buccodentaire, notamment, les indicateurs les plus récents datent de 2006...

### LE POINT DE VUE DE L'UFSBD

#### Pourquoi parlez-vous de parcours de vie?

Dr Jacques Wemaere, Vice-Président de l'UFSBD: Jusqu'à récemment, le soin était perçu comme le socle de notre métier, bien avant la santé de l'individu. Les chirurgiens-dentistes étaient d'abord des soignants dédiés aux dents et aux gencives. Lorsque la prévention a été mieux intégrée, le parcours de soins est devenu parcours de santé. Aujourd'hui, la stratégie nationale de santé, en considérant les déterminants de la santé, introduit la notion de parcours de vie de la personne, qui inclut les événements de la vie et leurs répercussions sociales, économiques, et géographiques. Le parcours de vie peut avoir une incidence sur la santé bucco-dentaire, et réciproquement. C'est pourquoi les chirurgiens-dentistes ne contribuent plus seulement au parcours de santé des personnes mais à leur parcours de vie.

# 66Plus qu'un parcours de santé, un parcours de vie. 99

#### Dans la logique du parcours, la coordination est un enjeu fort...

Oui, et nous devons être intégrés à l'équipe pluri-professionnelle de premier recours pour pouvoir être pleinement un acteurs de santé publique. Or, le texte cite le médecin, le paramédical, le pharmacien mais oublie le chirurgien-dentiste. Par ailleurs, il est important que la coordination s'appuie sur les professionnels de santé et non sur le patient. La stratégie nationale de santé évoque peu cette question. Il faut que les professionnels communiquent entre eux et se coordonnent sans passer par le patient. Compter sur la carte vitale seule n'est pas pertinent et risque de continuer à alimenter les inégalités de santé.

# La formation des chirurgiens-dentistes doit-elle évoluer?

Il serait bon de former les chirurgiensdentistes aux techniques d'éducation
pour la santé et aux nouvelles pratiques
thérapeutiques. Comme il serait logique
d'aller jusqu'au bout de la démarche en
développant ces compétences pour toute
l'équipe dentaire, qui inclut l'assistant
dentaire. En matière de prévention,
l'assistant dentaire peut être mieux placé
et plus accessible que le chirurgiendentiste pour dispenser des conseils,
et faire reformuler au patient.

# Webdentiste

Leader français des sites Internet pour chirurgiens-dentistes

# Distinguez-vous et valorisez l'image de votre cabinet



# EXIGEZ LE N°1

POUR LA COMMUNICATION DE VOTRE CABINET











#### 3 - IMPLIQUER LES CITOYENS

Le troisième axe de la stratégie nationale de santé conforte les Agences Régionales de Santé, dans leur position de chef d'orchestre territorial en leur confiant toute une série de missions ambitieuses ainsi énoncées: favoriser la réorganisation des soins de premier recours, expérimenter et mettre en place des parcours intégrés de santé, sécuriser et structurer des activités de spécialités et de recours, développer la prévention et les prises en charge médico-sociales, et obtenir une meilleure santé environnementale. Cela en prenant en compte les spécificités de chaque population et de chaque territoire. À cet effet, il est prévu de renforcer les leviers des ARS en matière de financement, au travers, notamment, du fonds d'intervention régional (FIR). Incitation leur est faite d'expérimenter de nouvelles formes d'organisation du parcours de soins

# 66 La notion de droit des malades sera actualisée. 99

pour les malades chroniques. Au niveau national, le Gouvernement prend acte du constat de la conférence nationale de santé daté de juin 2013 : « C'est la désorganisation de l'échelon national et ses fractures institutionnelles qui empêchent aujourd'hui le bon avancement de l'organisation et de la coordination régionale ». Le pilotage a donc vocation a être entièrement repensé, en particulier en organisant la dimension interministérielle des politiques de santé et en revoyant l'articulation entre administrations centrales, et opérateurs nationaux et régionaux.

Le troisième et dernier point concerne l'implication et la représentation des patients dans l'organisation, et le fonctionnement et l'évolution du système de santé. «Les droits collectifs des usagers sont, notamment, à renforcer», est-il souligné. Bousculée par les évolutions sociétales et la diversité des parcours de santé, la notion de droit des malades sera actualisée. En particulier, il s'agit de définir un tronc commun de droits individuels et collectifs valables dans les secteurs des soins de ville, hospitaliers, sociaux et médicosociaux, en établissement comme à domicile; des droits compilés dans une charte de la personne dans son

parcours personnalisé de santé, et des professionnels l'accompagnant. Quant à la représentation des usagers du système de santé et à l'expression de leur parole, engagement est pris de les faire progresser.

### LE POINT DE VUE DE L'UFSBD

# 66 Nous sommes tous coresponsables en matière de santé. 99

## Que signifie la santé citoyenne, notion chère à l'UFSBD?

**Dr Jacques Wemaere,** Vice-Président de l'UFSBD: La santé citoyenne s'inscrit dans un parcours de vie et fait référence à notre responsabilité collective vis-à-vis de la santé. Elle est au cœur de la santé publique. Le patient devient un citoyen dont les comportements ont une portée nationale, puisqu'il agit selon des règles de vie commune qui fondent la société à laquelle il appartient. Il a toujours une responsabilité individuelle vis-à-vis de sa santé mais également une autre, collective, envers la santé de son pays. En tant que citoyens, nous sommes tous coresponsables en matière de santé, de même que les professionnels de santé. C'est le cas pour le dépistage, le tabac, l'alcool, la vaccination, entre autres choses. Et cela s'applique à la santé buccodentaire, vis-à-vis de laquelle les citoyens ont des droits, réaffirmés dans la stratégie nationale de santé, mais aussi des devoirs.

#### Quels sont ces devoirs?

En France, les devoirs des citoyens en matière de santé restent un sujet

tabou. La stratégie nationale de santé ne les évoque pas. Le premier d'entre eux consiste à prendre soin de sa santé bucco-dentaire. Il y a des gens qui ne vont jamais chez le dentiste. D'autres qui prennent rendez-vous mais ne viennent pas. Dans certains pays, les consultations bucco-dentaires sont obligatoires mais nous avons du mal à envisager ce genre de mesures coercitives qui, du reste, peuvent creuser les inégalités de santé. L'accès à la santé bucco-dentaire est compliqué pour les personnes vulnérables. Elles auraient besoin de venir dans les cabinets dentaires et ne le font pas, pour diverses raisons, pas seulement financières. C'est pourquoi nous, chirurgiens-dentistes, devons accompagner les plus vulnérables, à savoir les personnes handicapées, âgées, en situation de précarité, les enfants, dans cette démarche.

# Comment inciter les gens à pousser la porte des cabinets dentaires?

Les idées recues sur le coût des soins dentaires courants ont la vie dure. Trop de gens pensent encore qu'ils ne sont pas ou mal remboursés. Il faut mieux les informer et leur faire connaître leurs droits. Les actions de prévention menées en dehors des cabinets dentaires sont elles aussi utiles. En intervenant dans les écoles, par exemple, nous avons accès aux enfants tous milieux sociaux confondus et à travers eux, à leur famille. Sensibiliser et éduquer les aidants des personnes handicapées ou âgées à la problématique de l'hygiène buccodentaire et de l'alimentation adaptée est une autre manière de favoriser une bonne prise en charge de ces patients. Dans le cadre d'un cancer, par exemple, les conséquences des traitements sur la cavité buccale peuvent être prévenues. À nouveau, cela suppose une coordination entre le médecin traitant et le chirurgien-dentiste.



# Une précision qui détend.



# NOUVEAU! EXPERTsurg LUX de KaVo

- Travaillez de manière fiable avec la plus grande précision grâce à l'un des micro-moteurs les plus petits et légers qui soient et à l'autocalibrage
- Bénéficiez d'une puissance élevée avec un couple de 80 Ncm au niveau de l'instrument
- Économisez du temps grâce à des caractéristiques conviviales telles que l'écran couleur et la programmation intuitive

AVECAUTOCALIBRAGE!

UNE PRÉCISION PARFAITE DÈS LE DÉBUT.



KaVo. Dental Excellence.

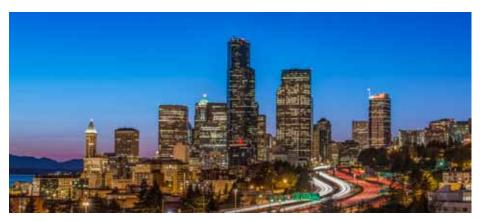
# AILLEURS



# **États-Unis:**

# les chirurgiens-dentistes à la croisée des chemins

Les grandes difficultés de l'administration Obama à faire voter le *Patient Protection* and Affordable Care Act (surnommé « Obamacare »), qui entre en vigueur à partir de cette année, ont révélé au reste du monde la complexité du système de soins américain. Dans un pays où la liberté individuelle est fondamentale, les stratégies publiques nationales sont rarement bienvenues, surtout si elles se révèlent contraignantes.



Des études répétées de l'institut Gallup classent régulièrement les professions médicales comme celles à l'égard desquelles le public est le plus confiant; et les chirurgiens-dentistes y figurent toujours en bonne place. « You are not healthy unless you have good oral health » (vous n'êtes pas en bonne santé tant que vous n'avez pas une bonne santé bucco-dentaire), clamait, d'ailleurs, C. Everett Koop, qui fut le ministre de la Santé de Ronald Reagan.

# UN «BUSINESS MODEL» QUI FONCTIONNE

L'excellente réputation de la profession tient, d'une part, à ses effectifs, nombreux et strictement contrôlés, et, d'autre part, à leur proximité. L'American Dental Association (ADA) estime, en effet, à 185 000 le nombre de chirurgiens-dentistes, dont 175 000 réellement actifs. Plus de 80 % d'entre eux exercent en cabinet privé. Dans ce cas, ce sont les États fédérés qui leur accordent la possibilité de pratiquer, en contrepartie d'une formation continue au cours de leur activité. Quant aux chirurgiens-dentistes exerçant dans

les universités ou les hôpitaux, une supervision entre pairs est mise en place. Les États fédérés disposent, cependant, de la capacité d'enquêter, voire de suspendre l'autorisation d'exercer.

Selon Kathryn A. Kell, administratrice de district pour l'ADA, malgré l'immensité du territoire, «Il est rare qu'il n'y ait pas de chirurgiendentiste à 15 ou 20 minutes autour d'un lieu habité. L'Alaska, du fait de sa faible densité, est le seul État où les chirurgiens-dentistes sont amenés à se déplacer régulièrement ». Cette proximité physique est souvent renforcée par une proximité au sein de leur communauté. «Les associations de professionnels, poursuit Kathryn A. Kell, n'hésitent pas à s'investir dans les centres de soins communautaires.» Certains programmes de dépistage, de traitement et d'éducation ont pris une ampleur étonnante : c'est le cas de « Give Kids a Smile » et des programmes « Missions of Mercy », menés par les États fédérés. Le premier estime aider 450 000 enfants chaque année depuis 2003 ; le second

chiffre son aide à 76 millions de dollars de soins dentaires apportés aux plus démunis.

#### INCONTOURNABLE ÉCHELON FÉDÉRAL

De très nombreux enjeux se jouent en effet à l'échelle fédérale. Il n'existe par exemple aucun indice national comparable au CAO pouvant être utilisé pour fixer un objectif chiffré. Chaque État est maître de sa stratégie de prévention. Les applications et les critères d'éligibilité de « l'Obamacare » varient considérablement d'un Etat à un autre. «Les conséquences de "l'Obamacare" sont difficiles à observer dès aujourd'hui, explique Kathryn A. Kell. L'Iowa, où je vis, étend à présent son accès aux soins aux adultes à faibles revenus. Jusqu'alors, les programmes Medicaid tendaient à ne couvrir que les enfants, les mères célibataires et quelques cas gériatriques. Les hommes, célibataires

### **OBAMACARE EN BREF**

Cette mesure du programme de Barack Obama lors de son premier mandat entre à peine en vigueur, largement amendée par le Parlement. Elle assure une couverture santé pour 32 millions d'Américains, qui en étaient exclus jusqu'alors. Elle contraint la plupart des citoyens à contracter une assurance maladie, ainsi que les entreprises de plus de 50 salariés à fournir une couverture sociale à leurs employés, sous peine de pénalités. Autre disposition importante: elle interdit aux compagnies d'assurances de refuser de couvrir une personne en raison de ses antécédents médicaux.

**72%**de la population américaine bénéficie d'une

fluorisation de l'eau de ville à hauteur de 1 mg/l.

comme mariés, étaient laissés de côté.» La marge de manœuvre de l'échelon fédéral joue encore à propos des fluorations des eaux. Les États gèrent eux-mêmes ou délèquent leur réseau d'eau potable. L'American Dental Association encourage l'utilisation de fluor, à hauteur de 1 mg/l. Aujourd'hui, près de 72 % de la population américaine en bénéficient. «La fluoration de l'eau a toujours été perçue comme un bienfait majeur pour la santé bucco-dentaire, mais c'est aux communautés de s'interroger sur la nécessité de poursuivre ou non cette pratique.»

#### **UNE (TROP?) GRANDE AUTONOMIE**

Ainsi, les décisions qui rythment la vie des chirurgiens-dentistes américains ne relèvent que rarement d'une stratégie nationale de prévention et sont souvent entourées, à l'échelle fédérale, d'un certain flou. Chaque praticien est, en effet, assez libre dans son exercice quotidien. Dans ce système à deux vitesses, les uns, nombreux, fixent leurs tarifs en fonction des montants remboursés par les principales compagnies d'assurances, tandis que les autres choisissent d'investir dans les dernières technologies, souvent déterminantes pour une partie de la population pour laquelle l'efficacité est indissociable de l'innovation technologique. L'autre facette de cette liberté est une certaine absence de coordination quant à l'avenir de la profession : Kathryn A. Kell pointe, à cet égard, le danger d'une possible surpopulation : « D'une part, de nouvelles écoles dentaires s'ouvrent, affectant les effectifs futurs. D'autre part, beaucoup de nos jeunes collègues doivent débuter au sein de centres médicaux, ne pouvant s'offrir leur propre cabinet. Enfin, du côté des programmes gouvernementaux, les difficultés financières d'accès aux soins sont encore présentes et les aides sont tournées davantage vers l'aide médicale que vers la santé bucco-dentaire, pourtant essentielle ».

### **Indicateurs France - États-Unis**

► Indicateurs populationnels		
Nombre de brossages par jour	1,4	2
Nombre de brosses achetées par an et par personne	2,2	3
Part de la population consultant au moins une fois par an	52 %	61,50%
► Chiffres de santé publique		
Prise en charge des examens bucco-dentaires	6, 9, 12, 15 et 18 ans	Décision fédérale
Fluoration de l'eau	Non	Décision locale
Examen bucco-dentaire pour la femme enceinte	Oui, à partir du 4º mois	Non, sauf assurance
► Indicateurs sur l'activité dentaire		
Nombre de consultations par an	1,7 (OCDE 2011)	<b>2</b> (moyenne autorisée par les assurances et les programmes fédéraux)
Prix moyen d'une couronne métallo-céramique	Tarif libre de 500 à 900€	De 350 à 1100€
Nombre de chirurgiens-dentistes par habitant (2012)	<b>63</b> / 100 000 habitants	<b>67,3</b> / 100 000 habitants
Prix d'une consultation	23€	De 18 à 360€
Salaire moyen mensuel d'un assistant dentaire	1482€ nets	Pour un assistant dentaire 1700€ Pour un hygiéniste dentaire 3000€
Nombre moyen de salariés par cabinet	2,12	De 2 à 8
Présence d'hygiénistes dentaires (exerçant indépendamment ou pas)	Non	Oui, indépendants et salariés
► Formation professionnelle		
Nombre de facultés dentaires (privées ou publiques) dans le pays	16	66
Numerus clausus de formation	1 200	Non
Numerus clausus d'installation	Non	Non



#### MAI

- ▶ Congrès de l'UFSBD.
- Du jeudi 8 au dimanche 11 mai 2014, Valence, Espagne.
- ▶ Cycle Actualité de la Protection Sociale.
- ▶ L'après-réorganisation des réseaux de Protection sociale, le mardi 13 mai 2014, à l'École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale – Sciences-Po, Paris.
- ► Convergences thérapeutiques.
- Organisé par la Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale – du jeudi 22 au samedi 24 mai 2014, La Baule (44).

#### JUIN

- ▶ 9º Journées de la Prévention Inpes.
- ▶ Les 3, 4 et 5 juin 2014, Centre Universitaire des Saints-Pères, Paris. Inscription: www.inpes.sante.fr.
- ▶ Colloque «Cancer: la vie deux ans après le diagnostic» INCa
- ▶ Le 10 juin 2014, de 9 h 30 à 17 h 30, Bibliothèque Nationale de France, site François Mitterrand, Paris.
- ▶ Journée de dialogue en éducation thérapeutique du patient. Le malade chronique : patient, expert, professionnel...? Les enjeux de la démocratie sanitaire en ETP.
- ▶ Le 25 juin 2014, Centre de Ressources et de Formation à l'Éducation du Patient, CARSAT Nord-Picardie et Centre Lillois d'Études et de Recherches Sociologiques, Université de Lille 1, Villeneuve-d'Ascq, Espace Culture, Cité Scientifique.

# **Vos formations**

#### MAI

- ► Hygiène et asepsie: actualisez vos connaissances et optimisez astucieusement vos pratiques.
- ▶ Jeudi 15 mai 2014, Nice (06).
- Mercredi 28 mai 2014, Saint-Denis de La Réunion (97).
- ▶ Vendredi 30 mai 2014, Saint-Denis de La Réunion (97).

- ▶ Les examens de prévention : de la femme enceinte aux enfants de 6 ans.
- ▶ Jeudi 15 mai 2014, Pau (64).
- Mieux connaître les différents types de handicap pour améliorer notre prise en charge médicale.
- ▶ Jeudi 15 mai 2014, Lyon (69).
- Patients à risques: qui sont-ils? Comment évaluer précisément chaque risque pour appliquer facilement les recommandations au quotidien?
- ▶ Jeudi 15 mai 2014, Colmar (68).
- Prescription médicamenteuse en médecine bucco-dentaire. Comment prescrire au mieux?
- ▶ Jeudi 22 mai 2014, Reims (51).
- ▶ Jeudi 22 mai 2014, Paris (75).

### JUIN

- Mieux connaître les différents types de handicap pour améliorer notre prise en charge médicale.
- ▶ Jeudi 5 juin 2014, Paris (75).
- ▶ Jeudi 26 juin 2014, Montpellier (34).
- Les examens de prévention : de la femme enceinte aux enfants de 6 ans.
- ▶ Jeudi 19 juin 2014, Clermont-Ferrand (63).
- Mettre en place la traçabilité au cabinet dentaire.
- ▶ Jeudi 26 juin 2014, Rennes (35).
- Urgences médicales au cabinet dentaire.
- ▶ Jeudi 5, vendredi 6 et jeudi 12 juin 2014, Lyon (69).
- ▶ Mercredi 11, jeudi 12 et vendredi 13 juin 2014, Toulon (83).
- ▶ Jeudi 19, vendredi 20 juin et jeudi 3 juillet 2014, Paris (75).

### JUILLET

- Les examens de prévention : de la femme enceinte aux enfants de 6 ans.
- ▶ Jeudi 3 juillet 2014, Tours (37).

Pour tout renseignement, contactez le service formation de l'UFSBD au 01 44 90 93 94 ou sur www.ufsbd.fr, rubrique formation.

..... p.2

## RÉPERTOIRE DES ANNONCEURS

TECALLIAGE	p.2	EMS
ALARA	p.7	3 M
BUSCH	p.11	FREEDENT
KOLIBREE	p.13	SIRONA
HENRY SCHEIN	p.14	GEB BINHAS .

0 5 7 3	WEBDENTISTE         p.41           KAVO         p.43           LABOCAST         p.47           GSK         Surcouveture et p.48
5	от по

#### Appel à communication

ious vous invitons à soumettre à notre comité de rédaction vos suggestions de sujets, articles scientifiques et cas cliniques pour publication dans notre magazine. pratiquesdentaires@ufsbd.fr

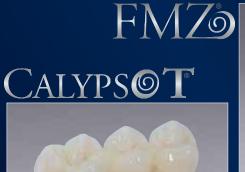
Régie publicitaire : Laurent Poupelloz Tél. : 0144909399

e-mail: laurentpoupelloz@ufsbd.fr























Ivoclar Vivadent

\* Quel autre laboratoire?

LABOCAST est le seul laboratoire en mesure de vous garantir ce haut niveau de qualité de prothèses, mais également de le certifier.



# Informez vos patients sur les risques d'érosion de l'émail



Les aliments et boissons riches en acides sont de plus en plus présents dans l'alimentation d'aujourd'hui. Cependant, beaucoup de patients n'ont pas conscience que les acides présents dans les fruits, les boissons gazeuses et le vin, peuvent endommager l'émail de leurs dents. Une exposition répétée aux acides alimentaires peut rendre l'émail vulnérable à l'érosion dentaire.

Pourtant, les stades précoces d'érosion peuvent être difficiles à identifier et passent donc souvent inaperçu pour les patients. Un diagnostic précoce et des recommandations de soins dentaires appropriés sont essentiels pour aider à gérer et à prévenir les érosions dentaires et éviter des dégâts irréversibles.

Utilisé deux fois par jour, le dentifrice Pro-Émail a montré son efficacité pour renforcer l'émail ramolli par les agressions acides et apporter une protection durable contre les effets des attaques acides'.



Protection quotidienne contre les effets des attaques acides.



