

EN MOUVEMENT

Quelles avancées préventives dans la nouvelle convention ?

P.16

EN PRATIQUE

Prise en charge de l'halitose au cabinet dentaire

P.24

SANTÉ PUBLIQUE

Professions et risques bucco-dentaires

P.36

Pratiques dentaires

N° 33

www.ufsbd.fr



LE MAGAZINE DE L'UFSBD

MARS 2019

NOUVELLE CONVENTION

#OSONS LA SANTÉ
BUCCO-DENTAIRE
POUR TOUS! P.15



3M Science.
Applied to Life.™*



3M Solutions pour le Soin Oral Professionnel

Rapide et Esthétique. Sans compromis.

Vous choisissez des matériaux qui vous font gagner du temps pour être plus efficace. Mais, vous le savez, même si vos patients apprécient des interventions courtes, leur préoccupation principale reste le résultat esthétique, même pour une restauration postérieure.

C'est la raison pour laquelle 3M a créé 3M™ Filtek™ One. Conçu pour les restaurations postérieures, il vous offre la simplicité et la rapidité d'une mise en masse jusqu'à 5mm. Sans compromis sur les résultats esthétiques.



3M™ Filtek™ One

3M Filtek One est un dispositif médical de classe IIa selon la Directive 93/42 CEE. Marquage CE0123. 3M Deutschland GmbH, Allemagne. Lire attentivement la notice ou l'emballage avant utilisation. Distribué par 3M France, 95006 Cergy Pontoise Cedex. 3M, 3M Science. Applied to Life. et Filtek sont des marques déposées de 3M ou 3M Deutschland GmbH. ©3M. Tous droits réservés. P ESPE 0674.

* 3M Science. Au service de la Vie.



La Prévention entre dans les cabinets, elle doit aussi entrer dans tous les foyers français

La mise en application prochaine de la nouvelle convention constitue, certes, un progrès significatif dans le développement d'une médecine bucco-dentaire plus préventive. Pour autant, pour gagner en efficacité, elle doit être accompagnée de mesures permettant d'améliorer l'impact des pratiques d'hygiène bucco-dentaire au quotidien.



**METTRE EN COHÉRENCE
LES ACTES DE PRÉVENTION
DE LA PATHOLOGIE CARIEUSE
EN CABINET AVEC LES PRATIQUES
D'HYGIÈNE AU DOMICILE .**

À partir du 1^{er} avril 2019, la nouvelle convention fera son entrée dans les cabinets dentaires. Tous les chirurgiens-dentistes s'y préparent, en se familiarisant progressivement avec cette arithmétique conventionnelle, son lot d'évolutions en termes de nouvelles prises en charge, de dispositifs spécifiques et de paniers de soins.

Pour ce qui concerne la prévention, le marqueur est clairement celui du risque carieux.

S'il est naturel de se féliciter de l'introduction de la prévention dans le dispositif bucco-dentaire, on peut aussi regretter que l'effort se concentre sur la pathologie carieuse et très peu sur les maladies parodontales. Une première étape ? Nous l'espérons. Quoiqu'il en soit, des groupes de travail continuent à se réunir pour déterminer notamment les contours d'un forfait prévention. Une vraie révolution en perspective... à condition que nous veillions à ce qu'elle se traduise aussi par des actes forts qui dépassent le cadre du cabinet dentaire. Car nous le savons tous, la prévention et la gestion des lésions précoces de la carie passent, idéalement, par des actes de prévention, l'approche la moins invasive possible pour prévenir la progression de la maladie, et par l'incitation des patients à prendre en charge leur propre santé bucco-dentaire et devenir de vrais acteurs de leur santé.

Pour autant, la prévention ne doit pas être la préoccupation des seuls chirurgiens-dentistes.

Nous avons pour cela un allié, que l'on retrouve au cabinet dentaire et dans les foyers de nos patients : le Fluor.

Présent dans les vernis, les gels, les produits de scellement, il a à la fois un rôle protecteur et un effet bénéfique important en termes de diminution de la progression des lésions carieuses non cavitaires.

Souvent décrié, il reste, dans les dentifrices, le premier rempart au quotidien contre les pathologies carieuses à condition d'être présent en dosage suffisant. Or, à l'heure actuelle, les recommandations en teneur de fluor dans les dentifrices en France sont parmi les plus basses au monde, et ont par conséquent un effet limité ou inexistant sur la protection et la guérison de la carie.

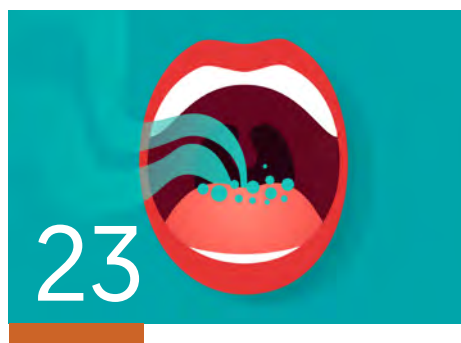
L'effort de prévention mis à la disposition des chirurgiens-dentistes ne restera qu'un vœu pieux s'il n'est pas associé à une mise à jour nécessaire de la composition des produits d'hygiène du quotidien.

Sur ce sujet, l'UFSBD défend une position consistant à rapprocher les recommandations des preuves établies par la littérature scientifique et encourage les chirurgiens-dentistes à mettre en pratique ces préconisations dans leur exercice. Je vous invite à retrouver nos propositions de révision dans la rubrique « À LA UNE » de notre magazine, qui met en lumière à chaque numéro un de nos axes forts de plaidoyer.

C'est également le thème que nous avons choisi pour marquer notre XX^e colloque de santé publique qui se déroulera le 4 octobre 2019 à Paris, pour qu'enfin toutes les fakenews véhiculées sur cet « allié prévention » soient battues en brèche. Nous vous y donnons rendez-vous !

Dr SOPHIE DARTEVELLE, **présidente de l'UFSBD**

SOMMAIRE N° 33



3 ÉDITO

La Prévention entre dans les cabinets, elle doit aussi entrer dans tous les foyers français

5 À LA UNE

#Osons dans les dentifrices un dosage en fluor adapté pour une cario-prévention efficace

7 ACTUALITÉS

11 GRAND TÉMOIN

11 Entretien avec Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie

15 LA PRÉVENTION EN MOUVEMENT

15 **Nouvelle convention**
#Osons la santé bucco-dentaire pour tous!

23 EN PRATIQUE

23 **Prise en charge de l'halitose au cabinet**
Ouvrons le dialogue!

29 FORMATION

29 **Pathologies de la muqueuse buccale**
Ne passez plus à côté!

35 SANTÉ PUBLIQUE

35 **La carie du boulanger-pâtissier**
Risque professionnel

Pratiques Dentaires, Le magazine de l'UFSBD, 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 Darteville • **Rédacteur en chef:** Dr Benoît Perrier • **Responsables de rubrique:** Laurent Poupelloz (*Actualités*) – Dr Julien Laupie (*En pratique*) – Dr Anne Abbé-Denizot (*Santé Publique*) • **Ont également participé à ce numéro:** Véronique Gardon, Danielle Grizeau-Clemens, Sandrine Nguyen, Dr Benoît Perrier, Dr Juliette Rochefort • **Rédaction:** Florian Maire, EPCKA • **Conception et réalisation:** EPCKA, 256 rue du Faubourg Saint-Martin, 75010 Paris – Tél.: 01 45 49 29 34 • **Crédits photo:** photothèque UFSBD, iStock • **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.

SOYEZ CONNECTÉ



« CONTINUEZ À INVITER, LIKER, COMMENTER, PARTAGER! »

Suivez notre page pour connaître les actualités de la profession et découvrir notre offre de formation continue.



twitter.com/ufsbd

#OSONS DANS LES DENTIFRICES UN DOSAGE EN FLUOR ADAPTÉ POUR UNE CARIO-PRÉVENTION EFFICACE

La démonstration de l'efficacité du fluor en cario-prévention, que ce soit sur les dents lactéales ou sur la denture permanente, est étayée dans un large corpus de preuves scientifiques. Et le dentifrice fluoré est, à ce jour, le moyen le plus répandu d'utilisation du fluor.

Se brosser les dents, évidemment, avec un dentifrice fluoré, c'est mieux ! Et pour cause, l'application topique de fluor inhibe la production d'acides bactériens, stoppe la déminéralisation de l'émail, améliore la reminéralisation ainsi que la résistance de l'émail aux futures attaques acides.

Or, les recommandations françaises relatives aux dentifrices fluorés émises par la HAS datent de 2010, alors que le principe du continuum de la carie dentaire n'était pas encore connu. C'est pour cette raison que l'UFSBD a, dès 2016, réuni un groupe d'experts pour faire un point sur les recommandations internationales et rassembler les preuves scientifiques permettant de confirmer la place incontournable du fluor dans la prévention et l'interception des caries.

Force est de constater que **les recommandations de la HAS actuellement en vigueur ne sont plus du tout d'actualité**. Il y a même urgence à les faire évoluer, si l'on veut faire bénéficier la population française de toutes les avancées en termes de gestion de la carie.

C'est un des objectifs que l'UFSBD s'est assignés !

RECOMMANDATIONS ACTUELLEMENT EN VIGUEUR		
	Période (âge)	Risque carieux
HAS (3) 2010	0-3 ans	Recommandations de l'AFSSAPS (entre 6 et 3 ans) mal reportées : dentifrice ≤ 500 ppm
	3-6 ans	Dentifrice de 500 ppm
	Quel que soit l'âge	Brossage 2 fois/jour au minimum avec un dentifrice fluoré (réalisé par un adulte à 0-3 ans puis supervisé par celui-ci à 3-6 ans). Il n'est pas fait mention du dentifrice fluoré dans les populations adultes à besoins spécifiques

RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX DENTIFRICES FLUORÉS PROPOSÉES : ÉTABLIES EN FONCTION DE L'ÂGE ET DU RCI		
ÂGE	Risque carieux faible	Risque carieux élevé
Période d'éruption des incisives (6-12 mois)	Brossage 2 fois/jour réalisé par les parents, avec une quantité de dentifrice < 1000 ppm équivalente à un grain de riz	
12-36 mois	Brossage 2 fois/jour réalisé par les parents, avec une quantité de dentifrice < 1000 ppm équivalente à un grain de riz	Brossage 2 fois/jour réalisé par les parents, avec une quantité de dentifrice de 1000 ppm équivalente à un grain de riz
3-6 ans	Brossage 2 fois/jour réalisé ou supervisé par les parents, avec une quantité de dentifrice de 1000 ppm équivalente à un petit pois. * Recommandation FDI si risque carieux élevé, 1450 ppm de fluor, en quantité égale ou inférieure à un petit pois	
6-9 ans	Brossage au moins 2 fois/jour contrôlé par les parents avec 1-2 cm de dentifrice de 1000-1500 ppm	
10-12 ans	Brossage au moins 2 fois/jour avec 1-2 cm* de dentifrice de 1000-1500 ppm	Brossage au moins 2 fois/jour avec 1-2 cm de dentifrice de 1500-5000 ppm
Adolescents et adultes	Brossage au moins 2 fois/jour avec 1-2 cm de dentifrice de 1000-1500 ppm	Brossage au moins 2 fois/jour avec 1-2 cm de dentifrice de 1500-5000 ppm

DU NOUVEAU DANS LA RADIOPROTECTION

■ Nouveau Pack PCR PREMIUM Dentaire

PACK STANDARD

- Mise à disposition d'un Conseiller en Radioprotection (PCRE)
- Vérifications Techniques
- Analyse des risques
- Formation Radioprotection du Personnel avec accès illimité en e-learning

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES INCLUSES

- Mise à disposition d'un physicien médical
- Calcul de radioprotection (non optimisé)
- Rapport technique

avec un tarif inchangé

à partir de
39€⁹⁰/mois*

■ Démarche qualité en radioprotection dentaire

Par un arrêté datant du 8 février 2019, la Décision ASN 2019-DC-0660, fixant les obligations d'assurance qualité en imagerie médicale mettant en oeuvre des rayonnements ionisants, entrera en application le **1er juillet 2019**. Les cabinets dentaires devront mettre en oeuvre un système de gestion de la qualité.

Nouveauté : ALARA Expertise vous accompagne dans cette mise en place au regard du réel risque radiologique identifié dans votre cabinet dentaire.

Prestations : Audit et accompagnement personnalisé

RETROUVEZ TOUTES LES DATES DES PROCHAINES FORMATIONS RADIOPROTECTION DES PATIENTS EN 2019

Cette formation est obligatoire et doit être renouvelée tous les 10 ans.

LE CANNET

27 juin 2019
7 novembre 2019

STRASBOURG

19 septembre 2019
12 décembre 2019

RENNES

19 septembre 2019



BORDEAUX

4 avril 2019
12 septembre 2019

LYON

14 mars 2019
3 octobre 2019

TOULOUSE

11 avril 2019

PARIS

4 avril 2019
6 juin 2019

* Prix TTC pour un équipement sous condition d'engagement de durée (frais annexes inclus)

N'attendez plus, contactez-nous !

dentaire@alara-expertise.fr
03 68 33 11 39
www.alara-expertise.fr

En partenariat avec



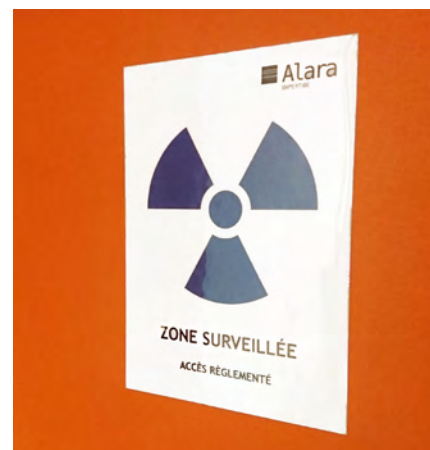
Radioprotection : obligation d'assurance qualité au 1^{er} juillet 2019 !

Par un arrêté datant du 8 février 2019, la décision ASN 2019-DC-0660, fixant les obligations d'assurance qualité en imagerie médicale mettant en œuvre des rayonnements ionisants, entrera en application le 1^{er} juillet 2019. Les cabinets dentaires devront mettre en œuvre un système de gestion de la qualité portant notamment sur l'application du principe de justification et d'optimisation, de la demande d'acte à sa réalisation, ainsi que

sur les modalités de formation continue à la radioprotection et à l'utilisation des dispositifs.

Pour répondre à ces nouveaux enjeux, les cabinets dentaires se feront accompagner par le physicien médical et le conseiller en radioprotection.

ALARA Expertise vous accompagne dans la mise en place d'un système de gestion de la qualité adapté à votre cabinet.



Contactez-nous :

✉ dentaire@alara-expertise.fr

Mon Coach Ortho

Une application mobile dédiée à l'orthodontie



L'UFSBD a collaboré avec le groupe VYV à la réalisation d'une application mobile dédiée à l'adhésion du patient à un traitement orthodontique.

« Mon Coach Ortho » accompagne l'enfant et les parents tout au long du traitement orthodontique : de la nécessité d'une prise en charge orthodontique face à des signes de malformations squelettiques, dysharmonies dentaires ou mauvaises habitudes (respiration buccale, déglutition primaire, succion du pouce...) au suivi du traitement avec des conseils de prévention bucco-dentaire ou d'exercices d'orthophonie...

L'application reprend les recommandations habituelles de l'UFSBD hors traitement orthodontique mais aussi des recommandations, accompagnées de visuels, plus spécifiques à suivre au cours d'un traitement orthodontique comme par exemple : une méthode de brossage à effectuer trois fois par jour pour nettoyer autour des brackets, le passage des brossettes interdentaires sous les arcs, l'utilisation des hydropulseurs...

Le programme rejoint les principes de motivation énoncés dans la thèse du Dr Charles Frans, lauréat du prix de thèse de l'UFSBD, à savoir...

- Le rappel des rendez-vous, du brossage, du port des appareils ou élastiques...
- Des notifications d'encouragement.
- Des récompenses sous forme de trophées à collectionner.
- Des supports écrits renforçant l'information donnée par le chirurgien-dentiste ou l'orthodontiste...

Une application à plébisciter!!!

Pour télécharger Mon Coach Ortho, scannez les QR codes ci-contre :



L'UFSBD et la CMSS

montent au front pour la santé orale

L'UFSBD et la Caisse Militaire de Sécurité Sociale viennent de signer une convention pour faire intervenir les chirurgiens-dentistes de l'UFSBD dans les crèches et sensibiliser à la santé bucco-dentaire les enfants des crèches de l'institution de gestion sociale des armées et leurs parents. L'UFSBD interviendra auprès des enfants de 35 crèches et cinq haltes-garderies pour les sensibiliser à la bonne technique de brossage et à une alimentation saine pour la santé orale sous la forme d'ateliers brossage et d'ateliers jeux. Les parents des enfants des 35 crèches seront également sensibilisés à l'importance de l'acquisition de bonnes habitudes d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire.

Cette convention développe également un volet formation avec 14 formations prévues pour l'ensemble du personnel en maison de santé, l'idée étant de faire prendre conscience de l'importance de la santé orale, de ses liens avec la santé générale, de transmettre les bons gestes d'hygiène et d'apprendre à identifier des signes d'alerte pour éviter la dénutrition.

Le Printemps du Sourire

Édition 2019 :
demandez le programme !



Trois ans, déjà, que Pierre Fabre Oral Care s'est rapproché de l'UFSBD pour mener une grande opération de promotion de l'importance de la santé bucco-dentaire baptisée « Le Printemps du Sourire », et cela durant un mois emblématique... le mois de mars, celui de la santé dentaire !

Parce que 4 Français sur 10 ne se rendent toujours pas au cabinet dentaire, parce qu'ils sont encore trop nombreux à dissocier leur santé globale de leur santé bucco-dentaire, parce que la routine élémentaire et quotidienne d'hygiène bucco-dentaire n'est pas partagée par tous... cette campagne de prévention se décline sur différents terrains.

- Directement en pharmacie, avec plus de 520 officines qui ont souhaité relever le défi du Printemps du Sourire.
- Sur internet, avec la réalisation d'une enquête grand public sur la place du nettoyage interdentaire (plus de 23 000 réponses à ce jour).
- Au travers de rendez-vous avec les médias, afin de s'appuyer sur leurs relais pour amplifier les messages de prévention à porter.
- Via des soirées de formation des équipes officinales sur la place de la santé dentaire pour qu'elles relaient au mieux les messages délivrés au cabinet dentaire.
- Et, enfin, au travers d'une communication auprès des parlementaires le 20 mars afin d'inscrire la santé dentaire au cœur de leurs débats.

Le thème retenu pour cette édition 2019 du Printemps du Sourire est le « nettoyage interdentaire ».

Terrain de prédilection pour la naissance des caries ou des maladies parodontales, l'espace interdentaire et son nettoyage quotidien sont pourtant totalement ignorés par nos patients qui n'ont pas intégré ce geste en complément de leur brossage biquotidien.

Fil, brossettes, jet dentaire, bain de bouche, cure-dents.... cette nouvelle campagne du Printemps du Sourire est l'occasion de faire le point sur tous ces « outils d'hygiène », de faire tomber les idées reçues, de lutter contre les comportements inadéquats et par-dessus tout de promouvoir le juste geste. Parce que nous sommes écoutés par nos patients, soyons à notre tour, durant ce mois de mars, les ambassadeurs du nettoyage interdentaire !

➔ www.pierrefabre-oralcare.fr

Participez à la nouvelle enquête de l'Unité d'investigation clinique d'odontologie du CHU de Nantes et l'UFSBD sur vos habitudes professionnelles. Elle concerne vos impressions sur les nuisances sonores subies dans votre cabinet et l'utilisation éventuelle des protections auditives.

Dans le cadre d'une thèse universitaire, cette enquête a pour objectif d'établir les axes de sensibilisation et moyens de prévention efficaces à intégrer au plus tôt dans la vie professionnelle.

On attend vos réponses sur :

➔ <https://fr.research.net/r/sons>

UFSBD – ADF – FDI... et maintenant ADA !

Plus qu'une suite d'initiales...
l'engagement de toute une vie !



À l'occasion du congrès national de l'Association Dentaire Américaine à Hawaï, son président a remis la distinction honorifique de « Honorary Member » au Dr Patrick Hescot en tant que past-president de la FDI pour l'ensemble de son action qui a valu à la FDI d'être reconnue aujourd'hui comme le référent mondial des chirurgiens-dentistes.

Cette nouvelle distinction confirme, s'il était nécessaire, l'engagement total de Patrick Hescot durant toute sa vie professionnelle, tant dans la promotion de la santé bucco-dentaire que dans celle du rôle incontournable du chirurgien-dentiste au cœur du parcours santé de chacun.

Si la chemise hawaïenne manquait à l'appel, la fierté de tous ceux qui ont eu la chance de croiser son chemin était quant à elle bien présente !

Primescan Dentsply Sirona



Nouveau scanner intra-oral signé Dentsply Sirona : le Primescan perfectionne la prise d'empreintes optiques.

Plus facile que jamais, encore

plus rapide et d'une précision inédite : c'est le nouveau scanner intra-oral Primescan, que Dentsply Sirona présente aujourd'hui au public.

Doté d'une toute nouvelle technologie de prise d'empreintes qui a fait l'objet d'un dépôt de brevet, il réalise des empreintes optiques de précision, y compris pour les maxillaires complets.

Les scans ainsi obtenus offrent de nombreuses possibilités à l'utilisateur, car le Primescan est conçu pour différents types de flux de travail numériques : avec le laboratoire, au sein du cabinet avec le CEREC, ou en collaboration avec des partenaires externes. Les interfaces simplifient nettement la procédure et offrent au dentiste une bonne souplesse d'utilisation.

Adhérer à l'UFSBD c'est affirmer la place de la Prévention dans le quotidien de tous les Français et soutenir les actions éducatives de proximité des comités UFSBD

Osons
toujours + de
Proximité !

OSONS
LA SANTÉ
BUCCO-DENTAIRE
POUR TOUS
AVEC FIERTÉ !

Osons
toujours + de
Reproductibilité !

Osons
toujours + de
**santé
Connectée !**

Osons
toujours + de
Qualité !

Osons
toujours +
d'Équité !

Osons
toujours + de
Transversalité !



Parce que
6 Français sur 10
ne se rendent
toujours pas au
cabinet dentaire...
soutenez nos actions
de Proximité !

Je soutiens mon UFSBD Départementale - Cotisation annuelle de 50 €

Docteur :

E-mail: Tél.:

Adresse du Cabinet :

☐ Je souhaite adhérer à l'UFSBD de mon département 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.**

Pour continuer à « Sourire et Bien Vieillir ! »

Te programme « Sourire et Bien Vieillir ! » sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes développé avec la Croix-Rouge française grâce au soutien de la Fondation Philips continue en 2019. Des formations de correspondants en santé orale permettent au personnel du soin ou encadrant d'Ehpad et de SSIAD d'intervenir sur la santé orale. L'objectif de cette formation est de compléter les connaissances, le savoir-faire et le savoir-être du personnel soignant dans le domaine de la santé bucco-dentaire, de prévenir la dénutrition et d'améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées et leur bien-être, d'intégrer la problématique dentaire dans le projet médical de l'établissement et de former des Correspondants en Santé Orale (CSO), animateurs et garants pour travailler dans la continuité et l'amélioration des pratiques.

Toutes les strates professionnelles – les infirmières, les aides-soignantes et les auxiliaires de vie – seront formées dans un souci de cohésion, de « responsabilisation » et de valorisation de chaque niveau d'intervention.

Un élément clé de cette formation est « l'effet boule de neige » : chaque personne formée transmettra les connaissances acquises à l'ensemble de l'équipe soignante de son service.

Une évaluation de l'impact de ces formations sur l'évolution des pratiques d'hygiène et de soin est prévue pour tirer tous les enseignements de ce programme.



Sophie Darteville, présidente de l'UFSBD.

La Prévention « made in France » reconnue hors de nos frontières !

Le Dr Sophie Darteville continue de faire rayonner la « Prévention made in France » au sein de la Fédération Dentaire

Internationale. Elle a été réélue, en premier, en septembre dernier, au Comité de Santé Publique de la FDI. Elle en assure également la vice-présidence. Au-delà de son implication dans les missions de ce Comité, comme la gestion de fonds pour accompagner l'amélioration de la santé bucco-dentaire des pays en voie de développement, le déploiement d'actions de santé publique, la rédaction de déclarations de principe de la FDI..., Sophie Darteville est tout particulièrement impliquée dans deux programmes de santé publique majeurs : le programme « **Santé Bucco-Dentaire et Sport** » et le programme « **Santé Bucco-Dentaire et Vieillesse de la Population** ». L'engagement de l'UFSBD depuis plus de dix ans dans la prise en charge de la santé dentaire des personnes dépendantes a naturellement contribué à positionner la voix de la France comme celle de l'expérience et de la compétence.

Oral-B s'engage pour la santé bucco-dentaire des enfants

Oral-B lance son programme d'initiation à l'hygiène bucco-dentaire dans les écoles.

Durant le mois de mars, pour trois produits Oral-B achetés simultanément dans les magasins participant à l'opération, 2 euros seront reversés pour la création de kits pédagogiques d'initiation à l'hygiène bucco-dentaire à destination des écoles⁽¹⁾... une belle façon de transformer ses achats en action solidaire !

L'adoption par les enfants d'habitudes bucco-dentaires saines est une préoccupation majeure pour les parents, et pour donner aux enfants de solides bases pour une bonne santé bucco-dentaire, il est important de mettre en place ces dernières dès le plus jeune âge.

(1) Dans les magasins participants. Sur la base de 40 500 enfants touchés via 1 350 kits en 2019. Si les fonds collectés permettaient la fabrication de kits supplémentaires, ceux-ci seraient distribués en 2020.



Nouveau contre-angle de prophylaxie Proxeo Twist



Le nouveau contre-angle **Proxeo Twist LatchShort** à mandrin court de **polissage rotatif** est particulièrement petit, flexible et efficace. Il est plus **léger de moitié** comparé à un moteur standard avec un contre-angle vert.

W&H propose des cupules et brochettes spécialement adaptées aux différents usages.

La tige des cupules étant plus courte (hauteur de travail basse jusqu'à 4 mm), la région molaire est plus facilement accessible car le contre-angle est particulièrement adapté aux zones étroites.

Le contre-angle Proxeo Twist a une étanchéité optimale : la salive et la pâte polissante n'entrent plus aussi facilement dans la tête du contre-angle, ce qui permet une durée de vie prolongée.

Le praticien gagne en espace et a une visibilité optimale du site à traiter. Le traitement est également plus confortable pour le patient.

➤ www.wh.com

• GRAND TÉMOIN •

Nicolas Revel,
directeur général
de la Caisse
nationale de
l'Assurance Maladie



**Pour conduire
ce rééquilibrage
de l'activité des
chirurgiens-dentistes,
l'engagement de
la profession était
indispensable."**

Dans quel état d'esprit avez-vous abordé les négociations qui ont abouti à la signature de la nouvelle convention ?

Nicolas Revel : Il y avait une forte attente de notre part mais aussi de la part de la profession, et ce d'autant plus que cette négociation s'est ouverte en septembre 2017 après la publication d'un règlement arbitral qui avait sanctionné l'échec de la précédente. J'étais convaincu qu'une réforme d'une telle ampleur ne pouvait pas s'appuyer sur un cadre imposé. Il était donc nécessaire de rouvrir les négociations, ce que la ministre, Agnès Buzyn, a accepté dès l'été 2017.

Il était cependant clair que ces discussions seraient complexes, d'autant que le cadre financier était contraint et que l'abandon de la liberté tarifaire restait un point sensible. Mais pour conduire ce rééquilibrage de l'activité des chirurgiens-dentistes, l'engagement de la profession était indispensable.

Quels étaient les enjeux auxquels vous étiez confrontés lors du démarrage des négociations, en dehors des enjeux financiers ?

N. R. : Notre principal enjeu était de remettre le soin et la prévention au cœur de l'exercice, et donc de rééquilibrer pour cela le modèle économique des cabinets dentaires, qui a évolué au cours des dernières décennies vers une forme de dépendance vis-à-vis des actes prothétiques. Il fallait pour cela réinvestir dans les tarifs des soins conservateurs mais aussi améliorer l'accès aux soins dentaires des patients. Car le constat est là : le taux de recours annuel des Français à un chirurgien-dentiste n'est que de 43 % quand il est supérieur à 70 % chez nos voisins européens. Cela tient en large part au fait que les patients craignent d'avoir un reste à charge, sans bien savoir a priori ce qui sera remboursé ou ne le sera pas.

À ce titre, la mise en œuvre du projet du Président de la République d'un « zéro reste à charge » sur les prothèses dentaires à l'horizon 2022 est un élément nouveau très important. Cette réforme est complémentaire, et non pas contradictoire, de l'objectif de privilégier la prévention et le soin conservateur, car cela passe par une sécurisation économique des patients tout au long de leur parcours.





Cette nouvelle convention réoriente la profession dans le sens d'une chirurgie dentaire tournée vers la prévention et la préservation des tissus vivants."

Vous parlez d'accord historique. Pouvez-vous préciser ce que vous entendez par là ?

N. R. : Avec l'investissement sans précédent de 1,2 milliard d'euros sur cinq ans, cette nouvelle convention réoriente la profession dans le sens d'une chirurgie dentaire tournée vers la prévention et la préservation des tissus vivants. Elle réintroduit des plafonds de prix sur une partie du panier prothétique, sans entraver pour autant la liberté de choix des patients, ni faire obstacle à l'arrivée de nouvelles techniques innovantes.

Qu'attendez-vous de l'expérimentation de prise en charge globale de prévention ? Comment voyez-vous son articulation avec le dispositif M'T dents ?

N. R. : Pour améliorer la santé bucco-dentaire, un des leviers clés consiste à favoriser les actes de prévention, pour éviter ou retarder le recours à des actes prothétiques. La priorité a été donnée aux jeunes générations et aux patients fragiles ou vulnérables.

Pour aller plus loin, l'accord va lancer une expérimentation de prise en charge globale de la prévention, à l'instar de ce qui a été fait avec succès dans d'autres pays. Tout en prenant en compte les dispositifs de prévention existants, il s'agira de créer un forfait annuel de prévention par patient couvrant plusieurs séances au cours desquelles le dentiste réalisera un contrôle, des soins, et prodiguera des conseils et des recommandations. Ce sera un véritable outil pour accompagner le changement de pratique vers plus de prévention, voulu par les chirurgiens-dentistes. C'est pourquoi nous travaillons depuis le mois de novembre avec les représentants des syndicats signataires de la convention à la mise en place de cette expérimentation.

La parodontie fait une entrée discrète dans la convention avec la prise en charge des traitements pour les patients diabétiques. Pas de revalorisation du détartrage, ni de prise en charge de l'assainissement parodontal pour les patients non diabétiques alors que la HAS vient de reconnaître son efficacité et que près d'un Français sur deux de plus de 35 ans souffre d'une parodontite. Est-ce le signe que nous restons sur un système cario-centré, ou n'est-ce qu'une première étape ?

N. R. : C'était nécessaire, même si nous le faisons en commençant par les patients diabétiques. En effet, la maladie parodontale est reconnue comme l'une des complications liées au diabète. Un diabète mal contrôlé augmente la prévalence et la sévérité des parodontites. Par ailleurs, le traitement des parodontites améliore l'équilibre glycémique, il est donc légitime de privilégier les patients diabétiques, dès le diagnostic de la maladie.

Actuellement, six Français sur dix ne vont pas chez le chirurgien-dentiste. Alors que les mesures d'accompagnement du dispositif M'T dents ont prouvé leur efficacité, serait-il envisageable d'étendre ces mesures à un plus grand nombre d'enfants et de réfléchir à un dispositif incitatif et éducatif de proximité en faveur des adultes (incitation à la sensibilisation en entreprises) ?

N. R. : Déjà, nous avons décidé en 2018 d'étendre M'T dents aux jeunes adultes en introduisant deux nouveaux rendez-vous à 21 et 24 ans. Avec la nouvelle convention, nous allons plus loin en intégrant dans le programme les enfants de 3 ans. Des mesures d'accompagnement pourront être mises en place en milieu scolaire (petite section maternelle) et une campagne nationale de communication est prévue afin de promouvoir ce programme avec une approche populationnelle et renforcer ainsi sa visibilité.

Vous apportez, avec l'introduction d'un forfait handicap, une réponse à la prise en charge en cabinet dentaire de ville des personnes en situation de handicap. Pouvez-vous nous éclairer sur les dispositifs actuellement en vigueur pour faciliter le transport de ces patients vers le cabinet dentaire ?

N. R. : Les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire à leurs patients les transports nécessaires dès lors que leur état de santé le justifie, quand les soins dentaires (traitements ou examens) sont en lien avec une ALD assortie d'une déficience ou incapacité ou avec un accident du travail. La CNAM a également prévu de mieux rémunérer les taxis spécialement équipés pour les personnes se déplaçant en fauteuil roulant. Mais ces évolutions des prestations de soins dentaires s'inscrivent dans un contexte plus global de réformes dans le secteur médico-social, de transformation de l'offre et d'expérimentations menées pour améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées, notamment aux soins dentaires dont il faudra évaluer les résultats et les articuler avec les besoins en transports.



MINI-BIO

Parcours de Nicolas REVEL

Cursus professionnel

Nicolas Revel a 48 ans. Il est diplômé de l'ENA [1993], et commence sa carrière à la Cour des comptes.

Il évolue ensuite vers des fonctions territoriales comme secrétaire général de la préfecture des Hautes-Pyrénées de 1997 à 2000, puis devient conseiller technique au cabinet du ministre de l'Agriculture et de la Pêche de septembre 2000 à mai 2002.

En mars 2003, il rejoint le cabinet de Bertrand Delanoë à la Mairie de Paris, d'abord comme directeur adjoint de cabinet, puis en tant que directeur de cabinet.

Il était, depuis 2012, secrétaire général adjoint de la Présidence de la République en charge des politiques publiques.

Nicolas Revel a pris ses fonctions de directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés et de l'Union nationale des caisses d'Assurance Maladie le 17 novembre 2014.



Une Eau thermale, source de sourire



F
FLUORURES

NaHCO₃
BICARBONATE

Fe
FER

Na
SODIUM

SO₄²⁻
SULTATES

Mg
MAGNESIUM

Sr
STRONTIUM

K
POTASSIUM

Ca
CALCIUM



CURE THERMALE DE
CASTÉRA-VERDUZAN

UNE GAMME DE SOINS BUCCO-DENTAIRES À L'EAU THERMALE

L'Eau thermale de Castéra-Verduzan (Gers) est une véritable source de bienfaits pour la bouche. L'Eau thermale chemine lentement à travers les différentes couches géologiques pour se charger en sels minéraux et oligo-éléments. C'est ainsi qu'elle acquiert des propriétés apaisantes et reminéralisantes. Puisée directement à la source, cette Eau thermale est l'ingrédient principal de la gamme BUCCOTHERM®. Naturels et BIO, les soins bucco-dentaires BUCCOTHERM® répondent aux besoins de toute la famille.

Distribué par

Pierre Fabre
ORAL CARE



www.buccotherm.com

La prévention

en mouvement



Nouvelle convention

#Osons la santé bucco-dentaire pour tous !

C'est forte de cette conviction qui l'anime depuis plus de 50 ans, que l'UFSBD a fait entendre sa voix lors des dernières négociations conventionnelles au travers de 11 propositions d'actes de prévention.

La nouvelle convention qui entrera en vigueur le 1^{er} avril marque un premier pas dans la revalorisation de la prévention dans notre exercice. L'UFSBD s'en réjouit mais rappelle que le défi de la santé bucco-dentaire ne peut tolérer une réponse partielle. Elle continuera à porter son plaidoyer dans les mois à venir auprès des autorités de santé, et en attendant, vous présente dans le dossier à suivre les nouveaux actes préventifs qui s'offrent à vous !



fois plus de risques
d'avoir des caries sur
dents définitives après
des caries sur dents de lait



La visite
chez le dentiste, c'est

1

fois par an et ce
dès l'âge de 1 an



La parodontite est la

6^e

complication du diabète

En mouvement

En pratique

Formation

Santé Publique

Quelles avancées préventives dans la nouvelle convention ?



La nouvelle convention entre en application le 1^{er} avril 2019. Si nous saluons volontiers la reprise d'une partie des propositions portées par l'UFSBD, nous souhaitons également mettre l'accent sur les décisions qu'il reste à prendre pour proposer un véritable parcours santé à toute la population. Multiplication des rendez-vous préventifs avec les examens bucco-dentaires de la femme enceinte, les EBD dès l'âge de 3 ans jusqu'à 24 ans dans le cadre du programme M'T dents, vernis fluorés, coiffage, renforcement de la prise en charge des sealants... de véritables marqueurs de changement de paradigme tendant vers un « mieux prévenir » afin d'avoir « moins soigner ». De vrais temps de prévention pour mieux accompagner nos patients sur les premières années de leur vie.

L'Examen Bucco-Dentaire à 3 ans

Que de chemin parcouru depuis près de 20 ans ! Les rendez-vous de prévention à travers des Examens Bucco-Dentaires (EBD) à des âges clés ont été promus par l'UFSBD bien avant l'année 2000 et mis en place par la CNAMTS en faveur des adolescents puis des plus jeunes. Dès 2005, la CNAMTS renforce le dispositif en lançant le programme M'T dents et ses mesures d'accompagnement par des actions de sensibilisation collective en milieu scolaire, à travers des campagnes dans les médias et une invitation à prendre rendez-vous avec son chirurgien-dentiste pour réaliser un

EBD adressée à tous les jeunes de 6, 9, 12, puis 15 et 18 ans. Une avancée majeure pour la prévention. L'EBD femme enceinte au quatrième mois de grossesse est venu compléter ce dispositif, puis plus récemment l'EBD à 21 et 24 ans.

Si on revient sur son impact, le dispositif M'T dents a fait doubler la fréquentation au cabinet dentaire des enfants à 6 ans. Aujourd'hui, ce sont plus de deux enfants sur trois qui, à 6 ans, ont consulté un chirurgien-dentiste.

FOCUS



L'URPS des Chirurgiens-dentistes des Pays de la Loire publie une enquête nationale avec des chiffres clés sur les 0-18 ans en France issus de la totalité des données de l'assurance maladie pour cette population⁽¹⁾.

On y découvre que :

- 20 % des enfants de 3 à 5 ans ont eu recours au moins une fois au cabinet dentaire de ville [2016].
- 73 % des enfants de 6 ans ont eu recours au cabinet dentaire de ville [2016].
- 20 % des enfants entre 6 et 10 ans ont eu au moins un scellement de sillons [enfants suivis entre 2012 et 2016].

⁽¹⁾ Enquête nationale sur le recours des enfants et adolescents en France publiée par l'URPS des Chirurgiens-dentistes Pays de la Loire et l'ORS des Pays de la Loire. Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam). Plus d'infos sur www.urpscdpdl.org/etude-snds-2018/



Pour l'UFSBD, il manquait une prise en charge plus précoce, avant l'arrivée des dents définitives. Cela a finalement été entendu : l'EBD à 3 ans apparaît dans la nouvelle convention. "

Mais malheureusement, pour les enfants à haut risque carieux, à 6 ans, il est souvent déjà trop tard. Nous constatons tous les jours dans nos cabinets une recrudescence des caries chez les très jeunes enfants. Et cela est particulièrement inquiétant si on considère que seuls 20 % des enfants de moins de 6 ans ont consulté un chirurgien-dentiste. L'enquête sur les données de l'Assurance Maladie publiée fin 2018⁽¹⁾ le montre bien. La première visite a lieu en majorité à l'âge de 6 ans. Or, pour agir réellement en prévention vis-à-vis des publics à risque, il faut intervenir avant l'arrivée des premières dents définitives.

Au 1^{er} avril 2019, l'EBD à 3 ans sera effectif. C'est maintenant à la profession de se préparer à recevoir ces jeunes patients. Un enjeu majeur dans la prise en charge de la santé bucco-dentaire de la population dès le plus jeune âge.

D'autres avancées notables en matière de prévention

• Louverture au remboursement de la pose de vernis fluorés pour les enfants de 6 à 9 ans à haut risque carieux

L'UFSBD plaide pour une prise en charge de l'application de vernis fluorés pour tous les patients à RCI élevé, quel que soit leur âge. La prise en charge, qui ouvre une nouvelle voie vers une dentisterie non invasive, est finalement limitée aux enfants de 6-9 ans à RCI élevé. Une première étape, cependant, à saluer.

• L'extension de la prise en charge des sealants sur les 1^{res} et 2^{es} molaires définitives jusqu'à 16 ans

Indiscutablement, cette évolution est plus en cohérence avec le développement dentaire des enfants, même si l'UFSBD regrette que ces actes ne puissent pas être pris en charge une deuxième fois, en cas de décollement, par exemple.

• Le coiffage pulpaire sur dent définitive

Cette technique permet, par l'application d'un biomatériau de maintenir les fonctions pulpo-dentaires. Elle répare l'inflammation et préserve la vitalité de la dent. Une réelle avancée !

2
applications/an
de vernis fluorés
permettent de réduire de 30 %
la prévalence de caries des dents
définitives des enfants et adolescents
(HAS 2010)



DÉCRYPTAGE

Les mesures

EBD 3 ans sans radiographie/1 à 2 radiographies/3 à 4 radiographies ou panoramiques 30 €/42 €/54 € (BR/BR2/BR3).

Vernis fluorés enfants 6 à 9 ans à haut risque carieux : pris en charge deux fois par an à hauteur de 25 € (HBLD045).

Coiffage pulpaire : parage de plaie de la pulpe d'une dent permanente avec coiffage (HBFD010) à hauteur de 60 €.

Extension du comblement (scellement) de sillons sur molaires jusqu'à la date du 16^e anniversaire.

Création d'un supplément pour la prise en charge en cabinet libéral des personnes en situation de handicap et difficiles à prendre en charge : supplément par séance avec ou sans MEOPA, 100 €. Les conditions de cotation devront être précisées par un groupe de travail.

Patients diabétiques : prise en charge d'un bilan parodontal de 50 € (HBQD001) et de l'acte d'assainissement parodontal par sextant de 80 € (HBGB006) [procédure d'inscription avec avis HAS sur les modalités et la technique – acte opposable].

Il faudrait évidemment aller plus loin !

De nombreuses évolutions conventionnelles restent encore à prévoir pour aller plus loin, poursuivre une réorientation vers une médecine bucco-dentaire préventive, et accompagner au mieux les adultes. Le parcours préventif doit être accessible à tous, et ce tout au long de la vie.

L'éducation à la santé et le suivi nécessitent de l'écoute. Le chirurgien-dentiste doit être attentif à diffuser un message que le patient et son entourage peuvent entendre et appliquer sous peine qu'il soit totalement inefficace sur ses traitements curatifs. Or, actuellement, **la consultation de motivation** ne fait pas partie des actes de la CCAM. Sans parler de l'**Éducation Thérapeutique**, qui a pourtant tout son sens pour des pathologies chroniques comme les maladies carieuses ou parodontales.

La grande oubliée du dispositif conventionnel reste **la maladie parodontale**, pourtant principale pathologie dentaire de l'adulte après 35 ans, avec tous les retentissements sur la santé générale, notamment pour des pathologies chroniques maintenant bien documentées.

3,3
millions

de diabétiques en France
(source : Santé Publique France 2017)



À nous de nous en saisir dans notre pratique quotidienne, car c'est leur fréquence de réalisation qui fera la preuve de leur utilité, de leur efficacité. "

La prise en charge des maladies parodontales arrive dans la nouvelle convention sous l'angle du patient diabétique uniquement

Dans la prise en charge des maladies parodontales, limitée pour le moment aux patients diabétiques, le 1^{er} avril marque tout de même l'arrivée d'actes dans le panier de soins conventionnels en faveur d'une prise en charge parodontale interceptive en omnipratique (bilan et assainissement parodontal dont la pertinence a été validée par la HAS). Même si cela peut paraître mince, c'est une avancée majeure qui ouvre la porte à des extensions à d'autres catégories de patients dans le futur. Il y a donc de nouvelles voies thérapeutiques clairement ouvertes. À nous de nous en saisir dans notre pratique quotidienne, car c'est leur fréquence de réalisation qui fera la preuve de leur utilité, de leur efficacité et incitera les institutionnels à élargir leur indication et leur prise en charge au moyen de nouveaux avenants conventionnels. Vous pouvez compter sur l'UFSBD pour rester force de propositions vis-à-vis des partenaires conventionnels.





L'EBD À 3 ANS

L'UFSBD VOUS ACCOMPAGNE

Pour repérer les enfants à risque et les intégrer dans un parcours de prévention dès le plus jeune âge.

Avant d'examiner l'enfant, poser les bonnes questions pour évaluer le risque carieux.

- Antécédents médicaux: prématurité, asthme, allergie aux protéines du lait, reflux gastro-œsophagien, handicap, obésité, difficultés d'alimentation.
- Bilan des apports en fluor et en calcium: dentifrice, eau minérale, lait, fromage.

• Son alimentation

- Boissons sucrées, biberon nocturne ou juste avant de s'endormir.
- Tendance au grignotage.
- Consistance des aliments consommés: une alimentation molle et/ou liquide augmente le risque de caries et diminue le potentiel de croissance apporté par la mastication.

• Environnement familial

Contexte socio-économique, antécédents bucco-dentaires des parents et de la fratrie.

Pendant l'examen bucco-dentaire, soyez attentifs à...

• La présence de plaque

À cet âge, il y a en général peu de plaque. Si de la plaque est visible, c'est un signe de risque carieux important.

• La qualité de l'émail

- S'il est blanchâtre, avec un aspect de surface irrégulier, s'il présente des défauts de type taches blanches, établir un calendrier de surveillance.
- Si les sillons des molaires commencent à se colorer, si les défauts d'émail sont plus importants ou nombreux, proposer une reminéralisation.

• L'occlusion

Articulé inversé, avec glissement en fin d'occlusion (lever la prématurité, les blocages éventuels), décalage antéropostérieur ou bécane, réflexe de succion de la langue. Si l'enfant suce une tétine, suggérer l'arrêt dans l'année.

Ces deux premières étapes vont permettre d'établir le diagnostic, d'évaluer le risque carieux de l'enfant et de proposer un plan de traitement et un suivi individualisé.

Nous recommandons pour tous les enfants de 3 ans et plus une application de vernis fluorés à 22 600 ppm au moins deux fois par an et jusqu'à quatre fois par an pour les enfants à haut risque carieux.

N'hésitez pas, en cas de difficulté d'application, à utiliser les agents reminéralisants de type CPP-ACP.

Attention, les vernis fluorés ne sont pris en charge par l'Assurance Maladie que pour les enfants de 6 à 9 ans à risque carieux élevé.

Quelques conseils à l'attention des parents

• Alimentation

Ne pas dépasser 4 à 5 prises alimentaires par jour. L'eau doit être la boisson de choix. Pas de boissons sucrées au quotidien. Pas de nouvelle prise alimentaire après le brossage du soir.

• Le brossage des dents doit être supervisé par les parents deux fois par jour (après le petit-déjeuner et juste avant le coucher) avec un dentifrice fluoré.

- Risque carieux faible: 1000 ppm de fluor, en quantité égale à un petit pois.
- Risque carieux élevé: 1450 ppm de fluor, en quantité égale ou inférieure à un petit pois.

Ces recommandations sont celles définies par la FDI (*cf. guide pratique au fauteuil sur le management de la carie téléchargeable sur notre site*). Elles ne correspondent pas aux recommandations de la HAS actuellement en vigueur en France. L'UFSBD plaide pour une réévaluation des recommandations françaises en matière de fluor.

Définir le rythme de surveillance et les perspectives d'évolution avec les parents.



L'APPLICATION DE VERNIS FLUORÉS

L'UFSBD RECOMMANDE

Pour tous les enfants de 3 à 11 ans

Une application de vernis fluorés à [5 %] 22 600 ppm au moins deux fois par an, et jusqu'à quatre fois par an pour les enfants à haut risque carieux.

De 12 à 17 ans

Une application de vernis fluorés à [5 %] 22 600 ppm tous les trois mois pendant un an pour les enfants à haut risque carieux.

De 18 à 69 ans

En cas de haut risque carieux ou de lésions carieuses non cavitaires, prévoir une application quatre fois par an de vernis fluorés à [5 %] 22 600 ppm.

70 ans et plus

Une application de vernis antiseptique (chlorhexidine) sur les surfaces nettoyées en complément ou non d'un vernis à [5 %] 22 600 ppm de fluor au moins deux fois par an et jusqu'à quatre fois par an en fonction du Risque Carieux Individuel (RCI).

Ces actes font leur apparition dans la nouvelle convention mais uniquement pour les enfants de 6 à 9 ans au RCI élevé, avec une prise en charge limitée à deux applications par an. Mais certaines assurances complémentaires prennent en charge ces actes pour d'autres tranches d'âge.

Remarque

Selon la HAS, un risque carieux élevé se caractérise par un de ces critères au choix : l'absence de brossage, la présence de plaque, une alimentation sucrée, la prise de médicaments sucrés ou modifiant la salive, des sillons anfractueux, la présence de lésions carieuses. Nous vous conseillons de noter dans le dossier patient toute information justifiant l'indication et la pose de vernis fluorés.

Quels produits utiliser ?

– Vernis sans résine qui se fixe grâce à l'humidité dans la cavité buccale : Profluorid® [5 %], Clinpro® White Varnish [5 %].

- Vernis avec résine. Les surfaces doivent être séchées mais pas déshydratées, l'humidité va activer leur prise : Duraphat® [5 %], Fluor Opale® Varnish White [5 %], Enamelast® Fluoride Varnish [5 %].
- Le Bifluorid10® Vernis [6 %] présente un dosage plus élevé.
- Le Fluor Protector® [1 %], moins dosé, est plutôt recommandé lors de traitements ODF.

Quelle méthode ?

- Lire attentivement les consignes du fabricant.
- Éliminer la plaque avec une bossette sèche sur contre-angle. Positionner les rouleaux salivaires et la pompe à salive. Sécher les dents à traiter.
- Appliquer le vernis avec une microbrossette en couche fine et imprégner le fil dentaire pour passer secondairement sur les faces proximales. (Une couche épaisse sera plus vite éliminée.) Il est possible de mettre le vernis dans une seringue d'irrigation avec un embout pour résine fluide pour faciliter sa mise en place.
- Ambiance sèche ou humide : lire attentivement la notice.
- Les consignes à suivre après la pose sont extrêmement variées suivant les fabricants. En général :
 - ne pas boire avant deux heures ;
 - ne pas manger avant quatre heures ;
 - ne pas se brosser les dents et ne pas passer le fil dentaire avant le lendemain ;
 - ne pas manger d'aliments abrasifs pendant quatre jours.

Ainsi, le vernis restera plusieurs heures sur les dents, surtout dans les sillons, les fissures, les zones interproximales et cervicales.

Informez les parents et l'enfant que la couche de vernis ternira provisoirement les dents.

Contre-indications

Hypersensibilité à la colophane et/ou à l'un des composés du vernis, gingivite ulcéro-nécrotique, stomatite, asthme bronchique.



PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIABÉTIQUE

La nouvelle convention prévoit pour les patients diabétiques...

- La prise en charge, remboursée, d'un bilan parodontal facturable 50€ (HBQD001).
- Les radiographies en sus.
- Si nécessaire, des assainissements parodontaux valorisés 80€ (HBGB006) par sextant en sus des détartrages.

Pourquoi ce bilan proposé est-il majeur ?

- Il incite à la consultation des patients à risques bucco-dentaires.
- Il informe sur les interactions entre le diabète et les maladies parodontales.
- Il motive les patients à une bonne hygiène bucco-dentaire pour une bonne santé générale.

Le diabète est un trouble de l'assimilation, de l'utilisation et du stockage des sucres (glucides) apportés par l'alimentation qui se traduit par une hyperglycémie chronique (taux de glucose élevé dans le sang).

Un diabète est avéré lorsque la glycémie à jeun est $\geq$ à 1,26 g/l à deux reprises ou $\geq$ à 2 g/l à n'importe quel moment de la journée. On distingue principalement deux types de diabète :

- le diabète de type 1 [insulinodépendant (DID) ou diabète sucré] qui touche environ 6 % des diabétiques et surtout les jeunes ;

il résulte de la disparition des cellules bêta du pancréas entraînant une carence totale en insuline ;

- le diabète de type 2 [non insulinodépendant (DNID) ou diabète gras] pour 92 % des cas et principalement chez les plus de 40 ans. Il s'explique soit par une insuffisance de production d'insuline par rapport à la glycémie (insulinopénie), soit par une mauvaise action de l'insuline (insulinorésistance). Dans les deux cas, le traitement repose sur une autosurveillance glycémique, l'activité physique et un suivi diététique.

Les complications du diabète

Le diabète est un facteur de risque majeur pour les maladies parodontales.

- Trois fois plus de parodontites chez les patients diabétiques que chez les non diabétiques⁽¹⁾.

- **La parodontite est la 6^e complication du diabète⁽²⁾.**

- Le diabète, surtout lorsqu'il est mal contrôlé, entraîne une inflammation gingivale et retarde le processus de cicatrisation.

- À l'inverse, la parodontite est aussi un facteur aggravant du diabète puisque l'inflammation parodontale augmente, via le sang, l'insulinorésistance. Un traitement parodontal classique réduisant l'impact bactérien buccal diminue le taux de l'hémoglobine glyquée de 0,4 % en trois mois⁽³⁾.

Prise en charge au cabinet dentaire

L'examen parodontal consiste en un examen clinique et un sondage parodontal. C'est aussi un temps pour expliquer aux patients les relations de sa maladie avec le parodonte et présenter les méthodes d'hygiène orale.

- En cas de diabète équilibré, le traitement parodontal peut être effectué en commençant par un assainissement non chirurgical [pris en charge à hauteur de 80€/sextant (HBGB006) dans la nouvelle nomenclature] puis, si besoin, chirurgical (non pris en charge). La pose d'implants pour remplacer des dents absentes n'est pas contre-indiquée après une parodontite traitée.

- En cas de diabète non équilibré, après échange avec le médecin sur la situation du patient, le traitement parodontal non chirurgical peut être effectué sous antibiothérapie (Amoxicilline 2 g par jour pendant 7 jours minimum). Par contre, un assainissement chirurgical ou la pose d'implants sont contre-indiqués. Une maintenance parodontale sera instaurée dans l'attente d'une amélioration du contrôle de la glycémie.

Conduite à tenir

- Il est important de réduire le stress de ces patients : éviter une trop longue attente, les apaiser par le dialogue, effectuer des anesthésies, être doux...
- S'assurer qu'ils ont bien mangé avant le rendez-vous.
- Avoir du sucre (ou du sirop sucré) ou du glucagon (1 mg en IV, IM ou sous-cutané) à disposition au cabinet en cas de malaise hypoglycémique.
- Les encourager à remplacer les dents absentes pour avoir une meilleure mastication et une bonne alimentation. Les difficultés masticatoires incitent généralement les patients à choisir une alimentation plus riche en glucides.

Références bibliographiques

- (1) Mealey B.L. The expanding role of the periodontists: managing the diabetes epidemic. AAP 97th Annual Meeting Miami, 2011.
- (2) Loe H. Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. Diabetes Care, 1993, 16: 329-334.
- (3) Mealey B.L., Ocampo G.L. Diabetes mellitus and periodontal disease. Periodontol 2000, 2007, 44: 127-153.

Retrouvez sur www.ufsbd.fr notre formation :
une journée, une seule, avec le Dr Charles Michau pour apprendre à traiter une parodontite !

Changez votre quotidien et celui de vos patients



Accédez à une nouvelle patientèle qualifiée

- **Bénéficiez d'un référencement optimal** sur Doctolib.fr et mettez en avant vos orientations professionnelles (omnipratique, endodontie, parodontologie, ...)



Optimisez l'organisation de votre cabinet

- **Gagnez 30% de temps de secrétariat** grâce à la prise de rendez-vous en ligne et un paramétrage sur mesure de vos vacations



Proposez une nouvelle expérience à vos patients

- Permettez à vos patients de prendre **rendez-vous 24h/24 et 7j/7**
- Communiquez avec vos patients au quotidien **grâce aux rappels**



Collaborez facilement avec vos correspondants

- **Adressez et faites vous adresser** des patients
- Bénéficiez du réseau d'adressage des **70000 professionnels** de santé de Doctolib



En pratique



En mouvement

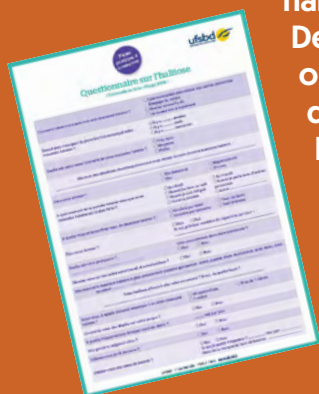


Prise en charge de l'halitose au cabinet **Ouvrons le dialogue!**

Les examens cliniques sur les patients touchés par l'halitose montrent nettement que dans la plupart des cas, la source des odeurs désagréables se trouve dans la cavité buccale (90%). Selon ces études, les principales sources d'halitose intraorale sont les dépôts sur la langue, les maladies parodontales (gingivite/parodontite) et la combinaison des deux. C'est pourquoi il est absolument évident que le chirurgien-dentiste doit être capable de traiter l'halitose intraorale avec succès dans les conditions régnant

habituellement dans un cabinet dentaire. Des experts internationaux de l'halitose ont établi en 2014 un consensus sur le diagnostic et le traitement de la mauvaise haleine à découvrir ici.

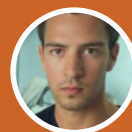
Questionnaire halitose à télécharger sur :
www.ufsbd.fr/nos-fiches-pratiques



Mais aussi, dans ce dossier, découvrez les lauréats du prix de thèse NextDentiste 2018 et leur travail primé



Dr Charles Frans
pour « Adhésion du patient au traitement orthodontique : quelles perspectives ? »



Dr Fabien Ferrari
« Intérêt et apport des techniques de planification numérique et d'impression 3D dans les reconstructions mandibulaires par lambeau libre de fibula »



Dr Victoire Laboureau
« Prévention et prise en charge des lésions carieuses chez les patients des métiers de bouche et de la restauration »

En pratique

Formation

Santé Publique

Prise en charge de l'halitose au cabinet dentaire



L'état actuel des connaissances

L'halitose est définie par la présence d'une haleine désagréable. Les différentes études menées montrent clairement que dans 80 à 90 % des cas, la mauvaise haleine est causée par des composants volatils sulfurés (CVS) produits par la décomposition de substances organiques par des bactéries anaérobies dans la cavité buccale. Ces bactéries anaérobies sont les mêmes que celles qui sont associées à la gingivite/parodontite et qu'on rencontre dans la partie dorso-postérieure de la langue. Une étude de grande envergure publiée en 2009 et menée sur des patients qui souffraient d'halitose a montré qu'en présence d'une halitose objectivable, la source des odeurs désagréables se trouvait essentiellement (90 %) dans la cavité buccale. Les dépôts sur la langue étaient responsables de la mauvaise haleine dans 51 % des cas, la gingivite/parodontite dans 13 % des cas et une combinaison des deux dans 22 % des cas. Bien que la plupart des cas d'halitose puissent être reliés à une source intraorale, il est important de ne pas perdre de vue d'éventuelles causes pathologiques. En effet, dans 4 % des cas de cette étude, une cause extraorale a pu être déterminée, comme des maladies ORL, des maladies systémiques (par exemple le diabète), des changements hormonaux et métaboliques, une insuffisance rénale ou hépatique, ou des maladies bronchiales, pulmonaires ou gastro-intestinales. Lorsque le patient est convaincu qu'il a mauvaise haleine, bien que le praticien ne puisse pas constater d'odeur désagréable et que le patient ne puisse pas apporter de preuves de la présence d'une odeur désagréable par des personnes qu'il connaît bien, on parle de pseudo-halitose. L'halitophobie désigne quant à elle un état où le patient continue d'être persuadé d'avoir une halitose alors que la présence d'une pseudo-halitose a été abondamment discutée ou que l'halitose précédente a été traitée avec succès. Il s'agit dans ce cas d'une maladie psychiatrique du domaine du syndrome de référence olfactive (SRO – voir tableau 1).

Le diagnostic

Pour diagnostiquer l'halitose, il est essentiel d'établir une anamnèse médicale et dentaire complète. L'anamnèse médicale doit être principalement dirigée sur la médication et les maladies systémiques. Les thèmes suivants doivent recevoir une attention particulière : déviation de la respiration nasale,



Tableau 1

Terminologie recommandée pour le diagnostic de l'halitose sous les conditions régnant généralement dans les cabinets dentaires [basée sur YAEAGAKI & COIL 2000]	
Diagnostic	Description
Halitose temporaire	L'odeur désagréable est causée par l'alimentation (par exemple de l'ail).
Halitose intraorale	Présence évidente d'une odeur désagréable dépassant le niveau socialement acceptable avec/sans effets sur les contacts sociaux. La source est la partie dorso-postérieure de la langue et/ou un état pathologique ou un dysfonctionnement du tissu buccal (par exemple, une maladie parodontale). Cet état est influencé par des cofacteurs qui peuvent peser sur la quantité et la qualité de la salive [par exemple, le tabac, les médicaments, le syndrome de Sjögren, etc.].
Halitose extraorale	L'odeur tire son origine d'états pathologiques situés en dehors de la cavité buccale comme le rhinopharynx, le système pulmonaire ou les voies digestives supérieures (halitose non originaire du sang). Dans le cas d'une halitose originaire du sang, les substances chimiques responsables des mauvaises odeurs et résultant d'une maladie située quelque part dans le corps (par exemple, une cirrhose) passent par le sang jusqu'au poumon et y sont rejetées.
Pseudo-halitose	Les autres personnes ne constatent pas de mauvaises odeurs ; la personne concernée est tout de même persuadée que son haleine est désagréable. Cet état s'améliore grâce à des conseils et des instructions sur les mesures d'hygiène buccale.
Halitophobie	Après le traitement de l'halitose ou de la pseudo-halitose, le patient continue d'être persuadé de souffrir d'halitose bien qu'il n'existe aucun signe objectivable.

respiration par la bouche, ronflement et apnée du sommeil, rhinorrhée postérieure, allergies, amygdalite, caséum, dysphagie, maladies ORL, nutrition (identifier les aliments à forte odeur), ainsi que la prise de compléments alimentaires contenant des vitamines A, B, C, D et du zinc. L'anamnèse dentaire inclut des questions sur la fréquence des visites au dentiste, sur les instruments d'hygiène dentaire employés et leur fréquence d'utilisation, sur la présence et l'entretien de prothèses dentaires, ainsi que sur l'emploi d'outils de nettoyage de l'espace interdentaire et de la langue. En outre, un questionnaire portant spécifiquement sur l'halitose peut être utilisé. Il doit comporter des questions sur le type de la mauvaise haleine et le moment de son apparition, et demander quand elle a été observée pour la première fois, si l'odeur est perçue par les autres personnes et comment le patient a pris conscience de ce problème, par exemple en en étant directement informé (pour exclure une pseudo-halitose). Il faut également demander au patient s'il se sent psychologiquement ou émotionnellement stressé, si des efforts ont déjà été faits pour régler ce problème (de lui-même ou par d'autres médecins ou dentistes), et si des cofacteurs classiques de l'halitose sont présents tels que le jeûne, le tabac, les ronflements, le stress, la sécheresse buccale et les changements de comportement à cause de l'halitose.

Les deux méthodes existantes pour diagnostiquer sont :

1. une mesure organoleptique, c'est-à-dire l'évaluation de l'haleine du patient sur la base de la perception subjective de l'examineur (*tableau 2*);
2. un test avec un appareil pour mesurer objectivement les composés volatils sulfurés (CVS), qui sont considérés comme les principaux composants de la mauvaise haleine.

Tableau 2

Échelle distance et odeur (BORNSTEIN ET AL. 2009)	
Niveau 0	Aucune odeur désagréable ne peut être perçue.
Niveau 1	Une odeur désagréable est clairement perceptible lorsque l'examineur se rapproche à moins de 10 cm de la bouche du patient.
Niveau 2	Une odeur désagréable est clairement perceptible lorsque l'examineur se rapproche à moins de 30 cm de la bouche du patient.
Niveau 3	Une odeur désagréable est clairement perceptible lorsque l'examineur se rapproche à moins de 100 cm de la bouche du patient.

La mesure organoleptique est irremplaçable, même lorsque des instruments de mesures sont utilisés. L'échelle organoleptique la plus simple qui peut être recommandée aux chirurgiens-dentistes avec peu ou pas d'expérience dans ce domaine est une décision oui/non prise à différentes distances de la bouche du patient. Une mesure des composés volatils sulfurés à l'aide d'appareils n'est pas absolument nécessaire en pratique quotidienne, mais elle peut être utilisée pour fournir un deuxième avis ou pour convaincre les patients, en particulier ceux qui ont une pseudo-halitose ou une halitophobie.

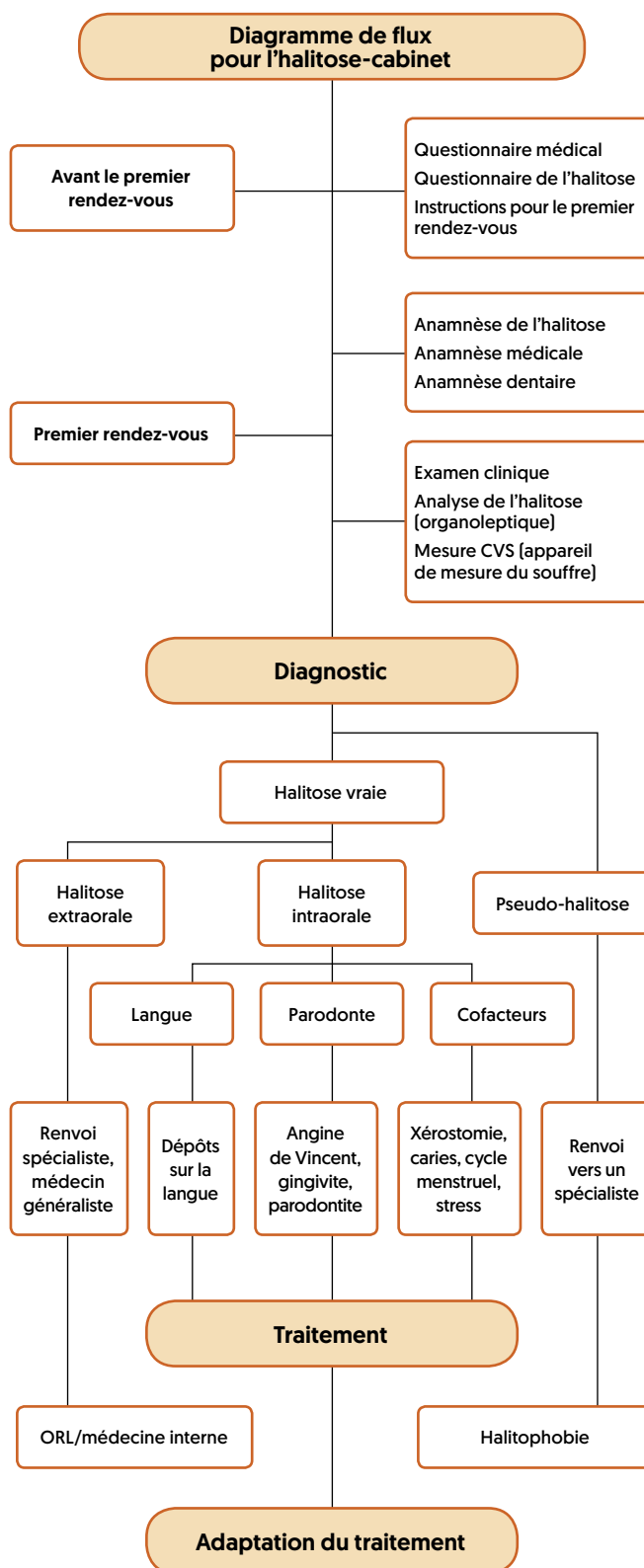
La prise en charge

Pour la prise en charge de l'halitose, les experts ont établi des recommandations de traitement en fonction de la classification proposée (*tableau 3*). Concernant le nettoyage de la langue, celui-ci doit être doux, être fait sans exercer trop de force et doit être expliqué avec soin pour éviter tout traumatisme inutile du tissu de la langue. Seule la surface dorsale de la langue doit être nettoyée en se concentrant sur la partie postérieure et en ne touchant pas aux bords. En absence de dépôts bactériens, il ne faut pas recommander de nettoyage de la langue. En complément du nettoyage mécanique de la langue, des antiseptiques oraux dont l'efficacité a été démontrée tels que la chlorhexidine, le chlorure de cétylepyridinium et des formules à base de zinc peuvent être prescrits.

Tableau 3

Mesures recommandées pour le traitement de l'halitose dans les conditions du cabinet dentaire (YAEAGAKI & COIL 2000) – (TN = treatment need)					
Besoin de traitement (TN = treatment need)	Description				
TN1	Explications sur l'halitose, instructions d'hygiène buccale, y compris le nettoyage de la langue et autres mesures telles que de solutions de rinçage de la bouche, etc.				
TN2	Mesures de prophylaxie professionnelle et, s'ils sont présents, traitement des troubles pathologiques buccaux (essentiellement la parodontite).				
TN3	Renvoi vers un médecin généraliste, un spécialiste (par exemple, médecin ORL) ou un spécialiste interdisciplinaire de l'halitose.				
TN4	Expliquer les résultats des examens de l'halitose, continuer de fournir des instructions professionnelles et rassurer.				
TN5	Renvoi vers un psychologue clinicien, un psychiatre ou un spécialiste de la psychologie.				
Diagnostic	Besoin de traitement (TN = treatment need)				
	TN1	TN2	TN3	TN4	TN5
Halitose intraorale	X	X			
Halitose extraorale	X		X		
Pseudo-halitose	X			X	
Halitophobie	X				X

Diagramme de flux pour le traitement de l'halitose au cabinet dentaire (basé sur WINKEL 2008), ORL = oto-rhino-laryngologie



Prix de thèse NexTDentiste : les lauréats 2018



En partenariat avec HENRY SCHEIN et Julie Solutions, l'UFSBD a remis les prix aux trois lauréats 2018 de son Prix de thèse lors du Congrès ADF !

Pour cette 6^e édition, les candidatures étaient ouvertes à tous les étudiants et jeunes confrères dont le thème portait sur la prévention-prophylaxie, l'environnement professionnel, la communication patient ou la dentisterie numérique.

Le 1^{er} Prix de thèse NexTDentiste 2018 a été décerné au Dr Charles Frans (faculté Paris 5) pour son travail « Adhésion du patient au traitement orthodontique : quelles perspectives ? ».



En orthodontie, l'adhésion du patient est un enjeu important. La coopération du patient est définie comme le point jusqu'auquel son comportement coïncide avec les prescriptions faites par le praticien. Elle comprend donc le **maintien d'une hygiène orale compatible avec le traitement, l'application des consignes dispensées par le praticien** et notamment

le port des dispositifs amovibles, le respect des rendez-vous (chaque rendez-vous manqué allongerait le traitement de 1,09 mois) et le **bon entretien des appareillages**, ce dernier étant un point clé de la coopération en orthodontie qui passe par un nettoyage adéquat, le respect des restrictions alimentaires et la préservation face à la casse. Chaque attache décollée allongerait la durée de traitement d'environ deux semaines.

Il est important de connaître les paramètres qui permettent de prédire la coopération chez l'adolescent, et cela grâce à différents facteurs prédictifs, les plus importants étant...

- La **relation patient/praticien** : le développement d'une bonne relation patient/praticien est profitable au développement de la coopération future. Le patient attend une relation chaleureuse avec un praticien compétent qui lui délivre des informations justes et adéquates. Une relation que le patient jugera insatisfaisante entraînera une diminution de la coopération : rendez-vous manqués, déception, insatisfaction quant au traitement. L'écoute entre le patient et le praticien est donc un point clé de la coopération.
- Les **résultats scolaires** : les patients qui adhèrent facilement au traitement semblent avoir de meilleurs résultats scolaires et des comportements moins déviants à l'école.
- Les **traits de personnalité** : les patients les plus coopérants se montreraient plus enthousiastes, énergiques, responsables, dignes de confiance, appliqués, ouverts et sociables.

Plusieurs tests psychologiques, facilement applicables en clinique, ont été développés pour estimer le taux de coopération de l'adolescent. Avec un aperçu global de la coopération attendue du patient, il est en notre pouvoir de nous adapter, pour amener le patient à son plus haut niveau de coopération. Chaque patient est une entité psychologique et physiologique particulière, des moyens sont donc disponibles pour s'adapter à chacun. Ainsi, il existe différentes techniques de motivation : motivation verbale, motivation via des moyens visuels, systèmes de récompense, mise en place de rappels actifs, entretiens motivationnels, technique Si-Alors.

Les nouvelles technologies nous permettent désormais d'avoir une approche novatrice de notre patient. Largement utilisée en médecine, la télésanté commence à se développer en dentaire. De nombreuses applications à destination du patient ou du praticien sont maintenant disponibles. Elles ont un large champ d'action, du rappel de brossage à des informations relatives à la prise en charge en urgence, ou encore la prise de vue intra-buccale pour apprécier l'avancée du traitement. Plusieurs études ont mis en évidence un **impact positif sur l'amélioration de l'hygiène orale** grâce à un suivi via des applications de messagerie instantanée. On retrouve des résultats similaires quant au respect des rendez-vous et la **ponctualité**, mais aussi concernant la **diminution du nombre d'attaches décollées**.

La mise en place d'une étude préliminaire à la suite de ce travail de thèse a mis en évidence une amélioration significative de trois indices relatifs à l'hygiène bucco-dentaire chez un groupe bénéficiant d'une application de suivi à distance trois mois après la pose de l'appareillage en comparaison d'un groupe contrôle.

Ainsi, nous pouvons conclure que les nouvelles technologies nous offrent la possibilité d'améliorer notre prise en charge et d'augmenter le niveau de coopération de nos patients.

Le 2^e Prix de thèse NexTDentiste 2018 a été decerné au Dr Fabien Ferrari (faculté de Nice) pour son travail « Intérêt et apport des techniques de planification numérique et d'impression 3D dans les reconstructions mandibulaires par lambeau libre de fibula ».



Les techniques de planification numérique et d'impression 3D sont novatrices et porteuses d'espoir pour la chirurgie reconstructrice. Elles existent depuis plus de 20 ans dans le domaine de l'implantologie dentaire et ont largement prouvé leur efficacité en termes de précision et de reproductibilité. À l'heure actuelle, la chirurgie maxillo-faciale

assistée par ordinateur est en voie de développement avec, pour certaines structures, la mise en place de protocoles opératoires incluant la modélisation tridimensionnelle.

Les reconstructions de pertes de substances mandibulaires par lambeau libre de fibula sont des interventions difficiles de longue durée destinées à réhabiliter les fonctions mandibulaires et le profil esthétique du patient grâce au

rétablissement de la continuité mandibulaire. Elles nécessitent une grande rigueur et une extrême précision car chacune des étapes opératoires peut entraîner l'échec de l'intervention. Aujourd'hui, les techniques de modélisation et d'impression 3D permettent de planifier en préopératoire la conformation fibulaire souhaitée et de la transférer au bloc opératoire à l'aide de dispositifs sur mesure obtenus à partir de données intégralement numériques. En outre, grâce à l'amélioration de la précision et la reproductibilité parfaite entre la planification et la conformation fibulaire un projet prothétique supra-implantaire peut être intégré à la reconstruction mandibulaire dans le même temps opératoire.

Ces techniques ont été mises en lumière à la suite des attentats de Paris en novembre 2015 mais s'adressent principalement aux patients atteints de tumeurs malignes (cancers) ou bénignes de la mandibule.

Le 3^e Prix de thèse NexTDentiste 2018 a été decerné au Dr Victoire Laboureau (faculté de Lyon) pour son travail « Prévention et prise en charge des lésions carieuses chez les patients des métiers de bouche et de la restauration ».



La maladie carieuse représente la maladie chronique la plus largement répandue dans le monde. Sa prévalence élevée a été observée notamment chez les artisans des métiers de bouche et de la restauration où les sucres sont omniprésents : ces personnes souffrent de ce que l'on appelle « la carie du pâtissier » ou « sugar carie » ou « carie dentaire professionnelle ».

Ces derniers sont amenés à « goûter » chaque préparation et inhalent régulièrement des poussières de sucre et de farine. Ces artisans sont considérés comme des patients à « haut risque carieux » et nécessitent une prise en charge particulière. Les lésions carieuses du pâtissier présentent quelques particularités : elles suivent une évolution lente non douloureuse avec production de dentine tertiaire (difficulté de collage), s'attaquent initialement au secteur incisivo-canin et sont principalement localisées sur la face lisse et/ou sur le collet. Elles peuvent donc entraîner, si elles ne sont pas prises en charge à temps, des dommages fonctionnels, esthétiques, sociaux, ainsi que des soins longs et coûteux.

En France, selon une étude de 2002 du Régime Social des Indépendants (RSI) comparant les boulangers-pâtisseries et les artisans commerçants, les boulangers-pâtisseries auraient presque quatre fois plus de soins dentaires, cinq fois plus de couronnes (pour les 18-25 ans) et sept fois plus d'appareils complets (pour les 36-40 ans) que les autres professionnels.

Le facteur professionnel apparaît comme un facteur de risque supplémentaire mais pèserait moins lourd que les facteurs personnels (grignotage, consommation de sodas, tabac, alcool, mauvaise hygiène bucco-dentaire) dans la genèse de la maladie.

En effet, l'action fréquente de goûter les préparations amènerait une hausse de la prévalence carieuse en l'absence d'amélioration des habitudes d'hygiène.

À l'entrée en centre de formation d'apprentis (CFA), 64 % des apprentis boulangers-pâtisseries seraient déjà atteints de la maladie carieuse. Il est donc nécessaire d'agir en amont des CFA, en particulier dans les zones défavorisées. En aval, également, par la mise en place d'un accompagnement lors de l'entrée dans la vie professionnelle, notamment par des modules obligatoires de santé bucco-dentaire.

La prise en charge de ces patients est une prise en charge « à vie » et doit être adaptée. Le praticien doit nouer une alliance thérapeutique afin de générer de nouveaux comportements sur le long terme. Elle répond à la fois à des objectifs d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique. Lorsque les facteurs de risque carieux ne sont pas contrôlés, la prise en charge devra s'accompagner des actions suivantes.

- Contrôler tous les 3 mois.
- Contrôler régulièrement le brossage via un révélateur de plaque et qui doit être triquotidien (instaurer un brossage supplémentaire après le travail), le passage du fil dentaire, des brossettes interdentaires.
- Sceller les sillons des molaires permanentes.
- Prescrire un dentifrice fluoré quotidien (≥ 1500 ppm) et appliquer un vernis fluoré (≥ 22600 ppm) tous les 6 mois.
- Favoriser la consommation de sucres à faible pouvoir cariogène de type xylitol, aspartam, sorbitol, malitol (gommes à mâcher, sucrettes).
- Conseils nutritionnels et anti-tabagiques.
- Puis, contrôle tous les 6 mois lorsque les facteurs de risque carieux sont maîtrisés.

Formation obligatoire pour les assistant(e)s et aides dentaires : (co)-pilotez la stérilisation au cabinet dentaire !

Dès 2019, tous les ASSISTANT(E)S ET AIDES DENTAIREs ont l'obligation de participer à une formation dédiée à la stérilisation et qui devra être renouvelée tous les 5 ans. Pour être validante, la formation devra obligatoirement être reconnue par la CPNE-FP des cabinets dentaires. **Le 28 février dernier, le programme de la formation de l'UFSBD a obtenu un avis favorable permettant de répondre à cette obligation !**

2 formules au choix pour vous permettre de vous organiser

1



☐ Formation 100% en ligne
(7h durant 1 mois)

- Sans vous déplacer et quand vous le voulez, à votre rythme
- Choix de l'ordre des modules
- Nombreux jeux et tests pour évaluer votre progression
- Formation interactive grâce au tchat permettant d'échanger avec les autres apprenants autour de la stérilisation avec également la possibilité de poser des questions à votre tutrice pédagogique
- Formation dynamique et ludique qui alterne mini vidéos et activités pédagogiques



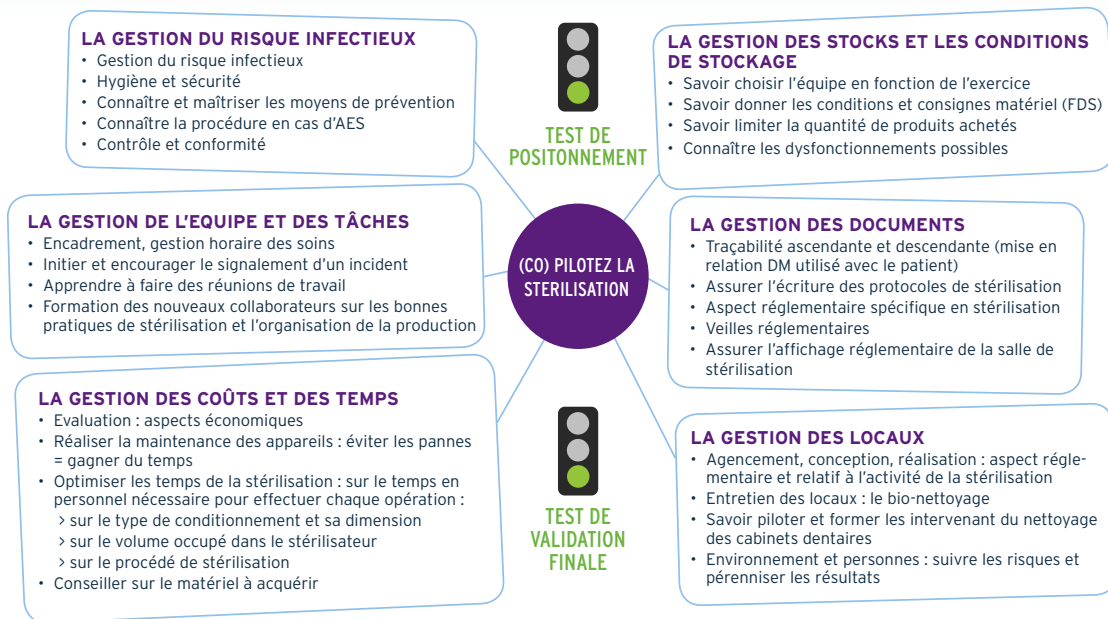
VALIDATION DE L'OBLIGATION

2

☐ Lors d'une journée en présentiel
9h à 17h30 (7h)

- Un formateur disponible tout au long de la journée pour pouvoir lui poser les questions théoriques ou pratiques dans l'instant et permettre ainsi de suivre la progression de la journée sans incertitude ou doute
- Permet un temps d'échange mêlant professionnalisme et convivialité
- Permet de valider votre obligation lors d'une journée

Le programme validé par la CPNE-FP des cabinets dentaires



LES DATES DE FORMATION

- ☐ Bordeaux le 27/06/19
- ☐ Brest le 7/11/19
- ☐ Lille le 14/11/19
- ☐ Nantes le 26/09/19
- ☐ Paris le 12/09/19
- ☐ Strasbourg le 10/10/19
- ☐ Toulouse le 10/10/19



Contactez-nous !
01 44 90 93 91/94
ou par mail à
formation@ufsbd.fr

Nom et prénom du stagiaire :

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

Code Postal : Ville :

Tél : *Email :

Formation 100% en ligne	OU	Formation en présentiel
Tarifs ☐ adhérent UFSBD 270 € ☐ non adhérent 300 €		Tarifs ☐ adhérent UFSBD 360 € ☐ non adhérent 392 €
☐ Je retourne le bulletin d'inscription complété et accompagné d'un chèque de règlement à UFSBD FORMATION 7 rue Mariotte 75017 PARIS ☐ Les informations renseignées ci-dessus permettront de recevoir vos identifiants d'accès à la formation. Assurez-vous de fournir les bonnes informations. Pour obtenir le remboursement de la formation, connectez-vous sur e-actaliens et réalisez une demande de prise en charge		☐ Je retourne le bulletin d'inscription complété et accompagné d'un chèque de règlement à UFSBD FORMATION 7 rue Mariotte 75017 PARIS Pour obtenir le remboursement de la formation, connectez-vous sur e-actaliens et réalisez une demande de prise en charge

En remplissant ce bulletin d'inscription je m'engage à participer à la formation dans sa totalité. **FORMATION PRESENTIELLE** : Les lieu et convention me seront communiqués environ 15 jours avant la journée de formation. Pour toute annulation, aucun remboursement ne pourra être demandé et l'UFSBD se réserve le droit de vous facturer l'intégralité de la prestation. 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. **FORMATION EN LIGNE** : Dès réception de ce bulletin d'inscription accompagné de votre chèque, aucune annulation ne sera possible.

*Retrouvez notre Charte de traitement des données personnelles (RGPD) sur www.ufsbd.fr

UFSBD FORMATION - 7 rue Mariotte 75017 Paris

Formation



Pathologies de la muqueuse buccale : **ne passez plus à côté !**

Les pathologies orales (PO) sont parfois déroutantes mais lorsqu'un praticien reçoit dans son cabinet un patient avec des lésions orales douloureuses, il lui est impossible de le laisser seul face à sa douleur et ses inquiétudes. Pour cela, il faut savoir les détecter, les caractériser et savoir reconnaître les signes de gravité pour mieux agir. Une enquête nationale réalisée en 2017 par l'UFSBD en collaboration avec l'hôpital Pitié Salpêtrière et la faculté d'odontologie Paris 7 Denis Diderot a révélé que les chirurgiens-dentistes passaient souvent à côté des PO faute de savoir y faire face (pas de réalisation systématique d'examen complet oral, formations initiales et continues insuffisantes...).

Des lésions élémentaires (ulcération, vésicule, nodule), en passant par les maladies bénignes pouvant altérer l'état général d'un patient ou le mettre dans l'inconfort (aphte, herpès, glossodynie, syndrome sec...), les IST, aux maladies graves pouvant engager le pronostic vital du patient (cancer, toxidermie) ou fonctionnel de ses organes (pronostic oculaire...), ne les laissez plus passer !



DÉCOUVREZ AUSSI



FAITES DE LA FORMATION
DE VOS SALARIÉS
UNE EXPÉRIENCE POSITIVE !
P. 33



294 €

C'est la somme
remboursée par
Actalians pour un salarié
participant à une journée
de formation sur un thème
dédié à la « Stérilisation,
gestion du risque
infectieux »

756 €

C'est la somme
remboursée par Actalians
pour un salarié participant
à une formation Gestes
et Soins d'Urgence
(AFGSU 1+2)

En mouvement

En pratique

Formation

Santé Publique



Pathologies de la muqueuse buccale

Identification, diagnostic et prise en charge des lésions au cabinet, enquête nationale auprès des chirurgiens-dentistes

Les pathologies orales (PO) sont fréquentes et peuvent être graves. L'errance diagnostique des patients qui en sont atteints est importante. En effet, concernant les pathologies malignes (carcinomes épidermoïdes de la langue, exemple *photo 1*), en raison d'un diagnostic souvent trop tardif, le taux de survie moyen à cinq ans (40 %) reste inchangé depuis de nombreuses années. Le délai de diagnostic est d'environ trois mois et 76 % des cancers des VADS sont diagnostiqués au stade 3. Pour les pathologies cutané-muqueuses (pemphigoïde cicatricielle, exemple *photo 2*) ou encore les toxidermies (syndrome de Stevens-Johnson particulièrement, exemple *photo 3*), le constat est similaire. Celles-ci sont diagnostiquées après trois, voire même quatre consultations auprès de différentes spécialités.

Ce constat est lourd de conséquences, puisque le pronostic vital des patients ou celui fonctionnel de certains organes (comme les reins, ou encore les yeux dans certaines pathologies auto-immunes), est en rapport direct avec la précocité de prise en charge. Dans ce contexte, la HAS et l'INCa insistent sur le rôle clé des chirurgiens-dentistes pour identifier ces PO, les diagnostiquer, les prendre en charge et/ou orienter les patients vers les spécialistes adéquats. Les professionnels de santé ont donc un rôle essentiel de détection et de diagnostic des pathologies orales.

Ce constat s'accompagne d'études internationales portant sur le comportement des chirurgiens-dentistes face aux PO et qui analysent leurs difficultés, mettant en évidence un manque de connaissances que les praticiens attribuent à une formation insuffisante pré et post-universitaire, mais également à un manque d'intérêt face aux lésions muqueuses. Compte tenu de l'absence de données françaises, nous avons souhaité faire un état des lieux sur la capacité des chirurgiens-dentistes exerçant en France à identifier et diagnostiquer

les PO, qu'elles soient bénignes ou malignes, grâce à une enquête nationale réalisée en collaboration avec l'UFSBD (15 000 adhérents toutes spécialités confondues, soit presque 1/3 des chirurgiens-dentistes de France). La diffusion du questionnaire s'est faite en ligne du 19 mai au 13 juillet 2017.

560 réponses ont été obtenues, soit 3,7 % de l'échantillon sollicité réparti de manière inégale sur le territoire français. Les analyses statistiques ont été réalisées par des tests de T Student, de Fisher et de Chi2. Majoritairement issus de praticiens libéraux d'Île-de-France ayant en moyenne 20 ans d'exercice, plus de 80 % des praticiens interrogés avaient participé à un congrès dans les cinq dernières années, et 41 % de ces formations concernaient les PO. En revanche, les jeunes diplômés étaient moins nombreux à suivre ces formations.

D'après cette étude, la quasi-totalité des praticiens (97 %) déclarent observer des lésions. Seulement 30 % effectuent un examen complet de la cavité orale à chaque rendez-vous.

Concernant les scores déclarés (*tableau 1 page suivante*), les chirurgiens-dentistes déclarent ne pas avoir de difficultés globales importantes à diagnostiquer les lésions orales, mais des différences notables sont relevées selon les pathologies considérées. En effet, les diagnostics des lésions cancéreuses, des lésions révélatrices de pathologies systémiques sous-jacentes ou en lien avec des pathologies auto-immunes présentent des scores de difficulté diagnostique supérieurs à 3/5.

Il existe également des disparités selon les caractéristiques du praticien : sexe, année de diplôme, mode d'exercice ou encore formations continues suivies au cours des cinq dernières années.

Photo 1



Photo 2



Photo 3



Pathologies orales au sein du cabinet dentaire

Les chirurgiens-dentistes en première ligne

Les pathologies de la muqueuse buccale constituent un domaine souvent mal maîtrisé et peu investi au sein des cabinets dentaires, alors même que le rôle déterminant des praticiens dans l'identification de celles-ci est souligné par l'HAS et l'INCa. Explications avec le Dr Juliette Rochefort, MCU-PH en odontologie, chirurgie orale, dans le service du Pr Vianney Descroix, à la Pitié Salpêtrière et à l'université Paris 7 Denis Diderot.



De quelle manière les pathologies orales sont-elles appréhendées au sein du cabinet dentaire ?

Les pathologies orales sont fréquentes et recouvrent une typologie d'affections variées allant de l'aphte simple à des pathologies pouvant être graves, comme les Infections Sexuellement Transmissibles à manifestation orale (la syphilis), les pa-

thologies cutanéomuqueuses comme le pemphigus ou la pemphigoïde cicatricielle, les toxidermies bulleuses, les pathologies malignes, etc. Certaines peuvent en effet impliquer ou aggraver le pronostic vital des patients faute de prise en charge précoce. S'agissant des pathologies malignes telles que le carcinome épidermoïde de la cavité orale, le taux de survie moyen à cinq ans, qui s'établit à 40 %, reste inchangé depuis plusieurs années en raison d'un diagnostic souvent trop tardif (INCa 2018). Mais de manière générale, l'ensemble de ces pathologies ne sont pas nécessairement bien connues des chirurgiens-dentistes, ce qui entraîne un retard de diagnostic lourd de conséquences.

Quelles sont les raisons de ce retard diagnostique ?

Des études internationales sur le comportement des chirurgiens-dentistes face à ces pathologies mettent en évidence le manque de formation mais aussi d'intérêt des praticiens sur le sujet des lésions muqueuses. Le nombre de chirurgiens-dentistes effectuant un examen systématique de la cavité orale à chaque consultation tend à baisser, point critique alors qu'un patient peut développer une lésion dans des délais resserrés, notamment entre deux rendez-vous. Cette enquête réalisée avec l'UFSBD affine ce constat, en

révélant que 97 % des praticiens déclarent observer des lésions, mais que seulement 30 % procèdent à un examen complet systématique de la cavité orale à chaque rendez-vous. S'agissant de diagnostic, si les pathologies courantes et bénignes, comme les aphtes et certaines infections virales notamment l'herpès, ne semblent pas présenter de difficultés de diagnostic ou de prise en charge par les praticiens, en revanche, le constat n'est pas le même pour les pathologies graves. En effet, les scores de difficulté les plus élevés sont observés pour les lésions cancéreuses, celles révélatrices de pathologies systémiques sous-jacentes ou en lien avec des pathologies auto-immunes.

Comment lutter contre cette problématique ?

La formation des praticiens est un vecteur clé d'amélioration de la détection et du diagnostic des lésions orales. Bien que la spécialité récente de chirurgie orale ouverte depuis 2011 aux médecins et dentistes prévoie une formation renforcée des pathologies de la muqueuse buccale, il n'en reste pas moins que 500 000 bouches par jour sont examinées par l'ensemble des chirurgiens-dentistes de France, ce qui constitue une première ligne de détection d'affections potentiellement graves qui doit être efficace. Ainsi, la formation initiale des étudiants mais également la formation continue jouent un rôle fondamental, et c'est tout le sens de celle que nous proposons ici, qui s'attarde sur l'examen systématique des muqueuses, sur les démarches diagnostiques à conduire au cabinet et sur la nécessité de prendre en charge ou d'orienter rapidement et efficacement les patients, lorsqu'ils présentent une lésion buccale persistante. L'accompagnement des chirurgiens-dentistes est lui aussi essentiel, et peut être renforcé par la création de structures d'aide au diagnostic et de réseaux de soins favorisant un échange interdisciplinaire.

e.Actalians

Faites de vos projets de formation une expérience positive pour vos salariés et pour votre entreprise !

Vous êtes convaincu qu'il est indispensable de former régulièrement vos salariés pour développer leurs compétences et permettre à votre cabinet d'offrir toujours le meilleur soin. **MAIS...**

... vous ne disposez pas de suffisamment de temps pour gérer les dossiers de formation.

Découvrez dès à présent «**e.Actalians**», un outil en ligne spécialement conçu par Actalians pour une gestion administrative optimale de vos dossiers de formation !



> Gagnez un temps précieux et anticipez vos besoins de formation

En donnant accès à la plateforme à vos collaborateurs, ils peuvent intégrer directement en ligne leurs souhaits de formation qui, une fois validés par vos soins, se transforment automatiquement en demande de prise en charge.

Laissez-vous guider par l'e.catalogue formations !

Réel outil d'aide à la décision, l'e.catalogue propose des actions de formation, partout en France, en présentiel et à distance, adaptées au profil de vos assistants dentaires, secrétaires...

En quelques clics, vous disposez des contenus détaillés : public, objectif, prérequis, moyens pédagogiques, programme, calendrier !

Les organismes de formation sont enregistrés dans le Datadock et référencés Actalians, gage de qualité.

> Suivez vos dossiers en temps réel et optimisez votre budget formation

Visualisez votre activité formation en continu avec le tableau de bord e.Actalians et accédez à :

- une photographie instantanée de l'avancée de vos dossiers de formation de la demande de prise en charge au remboursement ;
- un comparatif entre le plan de développement des compétences prévu et celui réalisé ;
- une information sur le niveau des ressources financières disponibles pour vos formations.

Mesurez votre retour sur investissement en évaluant la qualité des formations.

Quelques exemples de remboursements mis en place par Actalians pour la formation de vos salariés

> Thèmes : « Actualisation des connaissances cœur de métier » ou « Stérilisation, gestion du risque infectieux » ou « Accueil et gestion des patients difficiles »

Plafond de prise en charge : 4 jours.

Frais pédagogiques : barème de 30 €/heure.

Frais annexes pris en charge selon barèmes (déplacements, hébergements...).

Frais de salaire versés : 12 €/heure.

Pour une journée de formation (7 h), vous versez 392 € à l'UFSBD :

Actalians vous rembourse **210 € pour le coût pédagogique + 84 € pour les salaires*** + frais annexes.

> Thème : « Secourisme, AFGSU »

Plafond de prise en charge : 21 heures.

Frais pédagogiques : barème de 24 €/heure.

Frais annexes pris en charge selon barèmes (déplacements, hébergements...).

Frais de salaire versés : 12 €/heure.

Pour l'AFGSU de votre assistant (21 h), vous versez 700 € à l'UFSBD :

Actalians vous rembourse **504 € pour le coût pédagogique et 252 € pour les salaires*** + frais annexes.

* Selon conditions Actalians.



Rencontre avec Catherine Bissey

Actalians, l'innovation au service de la formation des équipes



Actalians, l'OPCA des professions libérales, des établissements de l'hospitalisation privée et de l'enseignement privé, est un partenaire majeur des stratégies de formation des branches qu'il représente, dont les cabinets dentaires. Catherine Bissey, directrice R&D d'Actalians, explique comment l'organisme innove pour toujours mieux répondre aux besoins de formation.



Pouvez-vous rappeler en quelques mots la vocation d'Actalians ?

Actalians est chargé, en qualité d'OPCA, de collecter et de gérer les contributions des entreprises – les cabinets avec salariés s'agissant de la profession dentaire – versées au titre du financement de la formation professionnelle.

Un chirurgien-dentiste qui souhaite faire bénéficier ses collaborateurs d'une formation peut donc s'adresser à nous pour organiser la prise en charge des actions correspondantes. À l'heure actuelle, 36 % des salariés des professions libérales vont en formation, et le secteur dentaire en particulier a largement recours à l'aide au financement, en majeure partie pour de la formation initiale. Une de nos missions est de contribuer au développement de la formation continue et faire écho en cela à la volonté affichée par l'UFSBD.

Comment l'innovation répond-elle à cette ambition ?

Elle constitue un levier majeur de notre action. Il faut préciser qu'Actalians est un OPCA numérique, et que 80 % de la gestion de notre activité est pilotée et mise en œuvre par le biais d'outils digitaux, y compris le processus de collecte. Au mois d'octobre 2018, nous avons lancé la plateforme e.Actalians, un nouvel espace en ligne destiné à faciliter la vie des employeurs et à les aider à mieux intégrer la dimension formation, continue en particulier, dans leur quotidien.

Pour cela, nous avons analysé les modes de fonctionnement en matière d'organisation et de gestion de la formation auprès d'entreprises plus ou moins matures sur le sujet. Et nous avons constaté que celles-ci adoptaient en majorité une logique ascendante, où les salariés expriment leur besoin auprès de l'employeur, qui construit en conséquence son plan de formation, désormais appelé « plan de développement des compétences ». La plateforme a été conçue selon cette approche.

Que peut-on y faire et quels sont ses bénéfices pour l'employeur ?

Le chirurgien-dentiste est un homme-orchestre qui doit jongler entre ses différents rôles de praticien, d'employeur, de gestionnaire, etc., et qui, comme toutes les professions libérales, peut rapidement être envahi par la paperasse administrative. C'est précisément ce que nous voulons leur éviter. Avec e.Actalians, l'employeur peut laisser la main à ses collaborateurs pour consulter en ligne le catalogue des formations disponibles et « épinglez » celles qui les intéressent. Il peut ensuite valider leur souhait et le transformer en un clic en demande de prise en charge directement renseignée auprès d'Actalians. À terme, l'outil deviendra un véritable assistant personnel dans la construction, la gestion et le suivi du plan de développement des compétences, avec des fonctionnalités nouvelles d'évaluation des actions de formation ou de comparaison entre le prévisionnel et le réalisé à la fin de l'année.

Vous collaborez également avec la CPNEFP des cabinets dentaires et les organismes de formation dans une optique d'amélioration continue. De quelle manière ?

Actalians est en effet un outil technique de premier plan au service des orientations prioritaires et de la politique formation définies par la CPNEFP. À ce titre, notre organisme peut intervenir en soutien afin de créer des certifications telles que le CQP d'aide dentaire, en lien avec la branche et les acteurs politiques. Nous pouvons aussi, sur demande, fournir une aide à la conception de nouveaux dispositifs et actions de formation en fonction des besoins, adaptés aux contraintes du terrain. C'est ce que nous faisons, par exemple, sur le thème de la stérilisation, qui nécessite une actualisation régulière des connaissances, en développant une offre en ligne afin d'éviter un départ en formation au sein d'équipes dentaires souvent limitées en nombre.

Enfin, nous sommes habilités à sélectionner les organismes de formation, à contrôler la qualité des formations dispensées et à fournir des prestations de conseil afin d'optimiser ces dernières, au bénéfice de nos adhérents.

Pour joindre un conseiller Actalians : 01 53 00 86 00

➦ Toutes les formations pour vos équipes dentaires sur www.ufsbd.fr/espace pro/ Formations.

Pour joindre le Service formation de l'UFSBD : **01 44 90 93 91/94** ou formation@ufsbd.fr

Santé Publique

En mouvement

En pratique

Formation

Santé Publique



La carie du
boulangier-pâtissier
reconnue dans

3

pays européens

Inscrite sur la
liste européenne
des maladies
professionnelles



En France,

34 200

artisans boulangers

La carie du boulangier-pâtissier **Risque professionnel**

Il est important d'avoir conscience des risques liés à des gestes professionnels pour pouvoir les limiter lorsque cela est possible ou les contrer par d'autres gestes. Il est aussi capital que chacun puisse être incité à s'engager au plus tôt dans un parcours préventif.

Une intervention initiale dès l'apprentissage des gestes fait intégrer rapidement les bonnes habitudes.



Professions et risques bucco-dentaires



Certains métiers augmentent les risques de développer des pathologies bucco-dentaires, ce sont les métiers qui induisent un contact répété d'un objet avec la bouche (musiciens, tapissiers...) ou des variations de pression (personnel navigant, plongeur,...) ou encore des métiers entraînant l'inhalation de particules (acides, solvants, particules minérales ou alcalines) comme les plombiers, les ouvriers du bâtiment, les salariés des usines de production utilisant ces produits, les manucures... À ces métiers, on peut bien sûr ajouter les métiers de bouche et plus particulièrement les boulangers-pâtisseries.

Ils inhalent des vapeurs et des poussières de sucre ou de farine et goûtent plusieurs fois par jour des préparations sucrées ou salées et sont, en raison de certains gestes inhérents à la profession, une population à risque et ce pour le risque carieux mais également pour le risque parodontal. Les sucres utilisés pour les fabrications sont sources de caries, notamment le sucre glace, et se trouvent sous forme de

poussières volatiles ou de vapeurs issues de la cuisson dans l'air du local de travail. Certains gestes professionnels peuvent favoriser les caries, la manipulation des sucres sous forme molle et collante et tout particulièrement le tamisage du sucre glace, et aussi le fait de goûter fréquemment des préparations sucrées et le grignotage, qui maintiennent en permanence l'acidité buccale.

INTERVIEW



Carie du boulanger : une prévention sur mesure pour les jeunes apprentis



Si elle n'est toujours pas reconnue comme maladie professionnelle, la carie du boulanger-pâtissier n'en demeure pas moins un enjeu de santé de premier plan au sein de la profession, qui s'organise pour y faire face. Christian Martin, vice-président de la Confédération Nationale de la Boulangerie-Pâtisserie et président de la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation, explique de quelle manière.

Pour quelles raisons la maladie carieuse est-elle si répandue parmi la population des boulangers-pâtisseries ?

Parce qu'elle est directement liée à notre environnement de travail et aux vapeurs sucrées que nous inhalons, en plus des produits que nous goûtons régulièrement. Il faut voir, par ailleurs, que l'hygiène dentaire n'est pas nécessairement la préoccupation première des plus jeunes. Quand ceux-ci débutent leur vie professionnelle et commencent alors à entrer en contact avec le sucre, sans oublier que certains sont fumeurs ou consommateurs de sodas à titre personnel, le risque carieux monte en flèche. Et c'est pourquoi nous avons décidé d'aller à la rencontre de ces jeunes, sur un de leurs lieux de vie principaux, à savoir les CFA.

Comment sont organisées ces rencontres ?

Durant les sessions de prévention, les apprentis sont sensibilisés et répondent à un questionnaire généraliste. Ils sont mis en confiance et on cible plus particulièrement les plus exposés au risque carieux. Un chirurgien-dentiste

est présent sur place, avec un fauteuil, pour contrôler la dentition des jeunes et les orienter le cas échéant vers des soins adaptés, l'idée étant de désacraliser la visite au cabinet dentaire, et d'ancrer celle-ci dans leurs comportements de santé. Ils repartent, par ailleurs, avec un petit kit et des conseils sur les bons gestes à adopter en matière de brossage, de choix du dentifrice, de la brosse à dents, etc. Cette action de prévention, que nous organisons en partenariat avec l'UFSBD depuis plus de cinq ans, a fait la preuve de sa pertinence. 60% des jeunes qui ont été visités ont consulté un dentiste a posteriori, et tous – parents y compris – expriment leur satisfaction de se voir sensibilisés et pris en charge.

De quelle manière la Confédération peut-elle pérenniser et consolider cette prévention ?

Notre profession a été pionnière dans la volonté de se tourner vers ses salariés, les plus jeunes en particulier, afin de les intéresser à leur santé et d'organiser leur prise en charge. Le dispositif que nous avons évoqué s'agissant de la carie dentaire, et les autres que nous avons mis en place, depuis, sur les thèmes des maladies respiratoires, du diabète et de l'hypertension artérielle, sont possibles grâce au régime de frais de soins de santé de la profession, qui existe depuis 2007, et au mécanisme de mutualisation. Or, ce dernier tend à être attaqué par les professionnels de l'assurance. En même temps que nous militons en faveur de la reconnaissance de la carie du boulanger comme maladie professionnelle, nous en appelons donc aux pouvoirs publics pour que soit maintenue la mutualisation.

Les solutions de prévention :

1. informer les personnes exposées aux sucres ;
2. inciter au brossage des dents en fin d'atelier ;
3. ne pas goûter les préparations sucrées plus que nécessaire ;
4. se rendre tous les six mois chez un chirurgien-dentiste à qui il convient de préciser la formation professionnelle suivie ou le métier exercé ;
5. limiter, dans la mesure du possible, les gestes professionnels et individuels cariogènes (grignotage, consommation de boissons sucrées).

En étudiant cette population, on constate qu'à âge égal, les boulangers, pâtisseries et confiseurs ont plus de couronnes et appareils complets que les autres professions indépendantes. Malgré cela, la carie du pâtissier n'est pas reconnue en France comme une maladie professionnelle, alors que des pays comme l'Allemagne, le Danemark ou la Finlande n'ont pas hésité à le faire.

La Confédération Nationale de la Boulangerie et Pâtisserie française et les organisations syndicales des salariés sont venues combler ce vide en passant d'une logique de réparation à une logique de prévention grâce à un fonds et à une gouvernance paritaire dédiés. Cette politique de prévention a été déployée autour de campagnes de prévention nationales destinées au personnel de la boulangerie-pâtisserie et de programmes de sensibilisation et de dépistage des apprentis boulangers et pâtisseries-pâtisseries (voir encadré). Pour chaque campagne, la Commission Paritaire s'appuie sur un comité d'experts pour réaliser un diagnostic au niveau de la branche sur le thème de santé abordé et valider les axes de développement de ses actions ainsi que leurs évaluations. L'UFSBD est associée au comité d'experts pour les campagnes de prévention à l'hygiène bucco-dentaire. Le niveau élevé de la prise en charge de la consultation et des soins par AG2R LA MONDIALE permet également de mettre en place un parcours préventif incitant à une consultation régulière.

FOCUS

Un risque professionnel encadré pour « Travailler avec le sourire ! »

L'UFSBD s'associe à AG2R LA MONDIALE et à la Confédération Nationale de la Boulangerie-Pâtisserie pour mettre en place une troisième édition de la campagne « Travailler avec le sourire ! ». Cette campagne intègre des actions de prévention et de dépistage destinées aux jeunes apprentis. Tout comme leurs aînés, artisans boulangers-pâtisseries, ils vont être amenés à goûter aux préparations sucrées, ainsi qu'à inhaler régulièrement des vapeurs et des poussières de sucre. Ces pratiques professionnelles, répétées quotidiennement, peuvent induire ce que l'on appelle la carie du boulanger-pâtissier et dégrader ainsi leur santé bucco-dentaire.

La dernière campagne d'actions menée en 2016-2018 en centre de formation d'apprentis avait obtenu des résultats intéressants en termes de modification des comportements.

- Au début de l'intervention, l'état dentaire des apprentis de 1^{re} année était délabré (69 % avaient des caries).
- L'année suivante, on a constaté que notre intervention avait impulsé un recours aux soins important pour près des 2/3 des apprentis.

Pour cette nouvelle édition, la même démarche a donc été reprise et les interventions sont réalisées dans les établissements accueillant des apprentis de 1^{re} année de CAP boulangerie-pâtisserie.

L'objectif de ce programme d'actions développées dans plus de 115 centres de formation d'apprentis est d'alerter sur le risque particulier lié à la pratique professionnelle et de faire adopter dès l'apprentissage des premiers gestes professionnels, des comportements adaptés au risque, que ce soit dans la vie professionnelle ou dans la vie privée.

En effet, les interventions encouragent à limiter le goûtage, dans le respect des comportements professionnels adaptés, et lorsque cela n'est pas possible à se rincer la bouche avec de l'eau. Dans la sphère privée, l'accent est porté sur un brossage supplémentaire en rentrant du travail et une consultation au cabinet dentaire tous les six mois. Lors de l'intervention, les chirurgiens-dentistes de l'UFSBD, outre des séances d'éducation à la santé, réalisent des dépistages au cours desquels ils identifient, bien sûr, les besoins en soins mais transmettent également les messages individualisés de prévention de la santé orale afin de réduire le risque carieux et dédramatiser la visite au cabinet. Pour encourager à la consultation, les conditions de prise en charge par AG2R LA MONDIALE de leurs soins sont expliquées en détail. Ce programme, sur deux années scolaires consécutives auprès des mêmes apprentis, intègre un suivi de cohorte pour insister sur les changements de comportement et l'adoption de bonnes pratiques.





VOS PATIENTS BOULANGERS-PÂTISSIERS

OBJECTIF : ADAPTER LA CONSULTATION
AU RISQUE PARTICULIER DES BOULANGERS-PÂTISSIERS

Identification

Du métier

Boulangier ? Pâtissier ? Confiseur ? Chocolatier ?
Apprenti ? Artisan ? Travail au laboratoire ?

- tamisage du sucre glace;
- aspiration des cornets (pour les déboucher);
- habitude de goûter les préparations sucrées.

Du risque

Lié aux comportements professionnels :

- inhalation des vapeurs et des poussières de sucre;

Lié aux comportements bucco-dentaires :

- brossage insuffisant des dents (< 3/jour);
- consultation d'un chirurgien-dentiste irrégulière (> 6 mois).

Recommandations

Dans tous les cas

- Passage du fil dentaire ou des brossettes interdentaires.
- Brossage pendant 2 minutes deux fois par jour au lever et au coucher.
- + 1 brossage supplémentaire après le travail.

Si risque carieux

Faible

- Dentifrice 1450 ppm.
- Visite de contrôle tous les 6 mois.

Élevé

- Dentifrice 2500 ppm ou 5 000 ppm.
- Visite de contrôle tous les 3 mois (réévaluation du risque tous les 6 mois).
- Pose de vernis fluorés.

Si risque parodontal (facteurs aggravants : diabète/grossesse/tabac/maladies cardio-vasculaires/âge)

Faible

- Hygiène bucco-dentaire très stricte avec bain de bouche au fluor et huiles essentielles sans alcool à usage quotidien : 1/j chaque soir pendant 30 secondes.

Élevé

- Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique.
- Hygiène bucco-dentaire très stricte avec nettoyage et suivi professionnel tous les 3 mois. En traitement d'attaque, bain de bouche à la chlorhexidine 2 fois par jour pendant 30 secondes pendant 2 semaines. Puis bain de bouche au quotidien.

Couverture assurantielle d'AG2R LA MONDIALE

Une bonne prise en charge des actes à entente directe

Les garanties du régime frais de santé des boulangers (au 1^{er} janvier 2019)

Les soins dentaires	0 € de reste à charge
Les prothèses dentaires (remboursées ou non par la Sécurité sociale)	380 % à 470 % de la base de remboursement, soit 408,50 € et 505,25 €
Les inlay, onlay*	450 % de la base de remboursement
Les traitements orthodontiques (qu'ils soient acceptés ou refusés par la Sécurité sociale)	350 % de la base de remboursement, soit jusqu'à 677,25 € maximum

* Alternatives évitant une prothèse. Plus d'informations sur www.boulangerie-santé.com

VOUS PROPOSER EXPERTISE ET PROXIMITÉ, C'EST NOTRE ENGAGEMENT POUR VOUS SATISFAIRE

Les banques du groupe Crédit du Nord développent une expertise auprès des professions libérales et s'engagent à être au plus près des exigences de votre activité. Un conseiller dédié vous accompagne au quotidien et des spécialistes vous appuient dans la réalisation de vos projets qu'ils soient d'ordre privé ou professionnel.

Votre contact : Sandra Culotti - 01 40 22 47 28 - sandra.culotti@cdn.fr



Groupe Crédit du Nord



PLUS LOIN, AVEC VOUS

Banque
Courtois

Banque
Kolb

Banque
Laydernier

Banque
Nuger

Banque
Rhône-Alpes

Banque
Tarneaud

Société
Marseillaise de Crédit

Crédit
du Nord

Avec Julie, l'expert de la gestion de cabinet dentaire, soyez prêt au 1^{er} avril 2019



En tant qu'éditeur de premier plan, c'est à nous de maîtriser les changements de codes CCAM pour vous, et de mettre à votre disposition les outils, simples et intelligents, capables de vous assurer une activité pérenne.

Nos experts réglementaires sont prêts pour vous accompagner dans ce tournant de la profession dentaire.



Démonstration gratuite

Découvrez notre logiciel de gestion simple et intelligent.



Conférences en région

Assistez à nos conférences 100% informatives et interactives.



Webinar

Participez à nos webinars sur la nouvelle convention dentaire.



www.julie.fr

Pour en savoir plus, contactez-nous:
dynamik@julie.fr
01 60 96 22 23

