

À LA UNE

De nouvelles fiches patients UFSBD pour nourrir l'importance d'une conscience de prévention dans la population

P.5

LA PRÉVENTION EN MOUVEMENT

« Ensemble, osons la santé bucco-dentaire des personnes dépendantes ! »

P.10

SANTÉ PUBLIQUE

Reprise d'activité des cabinets dentaires : ne laissez pas les patients atteints de maladies parodontales de côté.

P.42

Pratiques dentaires

N° 38

www.ufsbd.fr



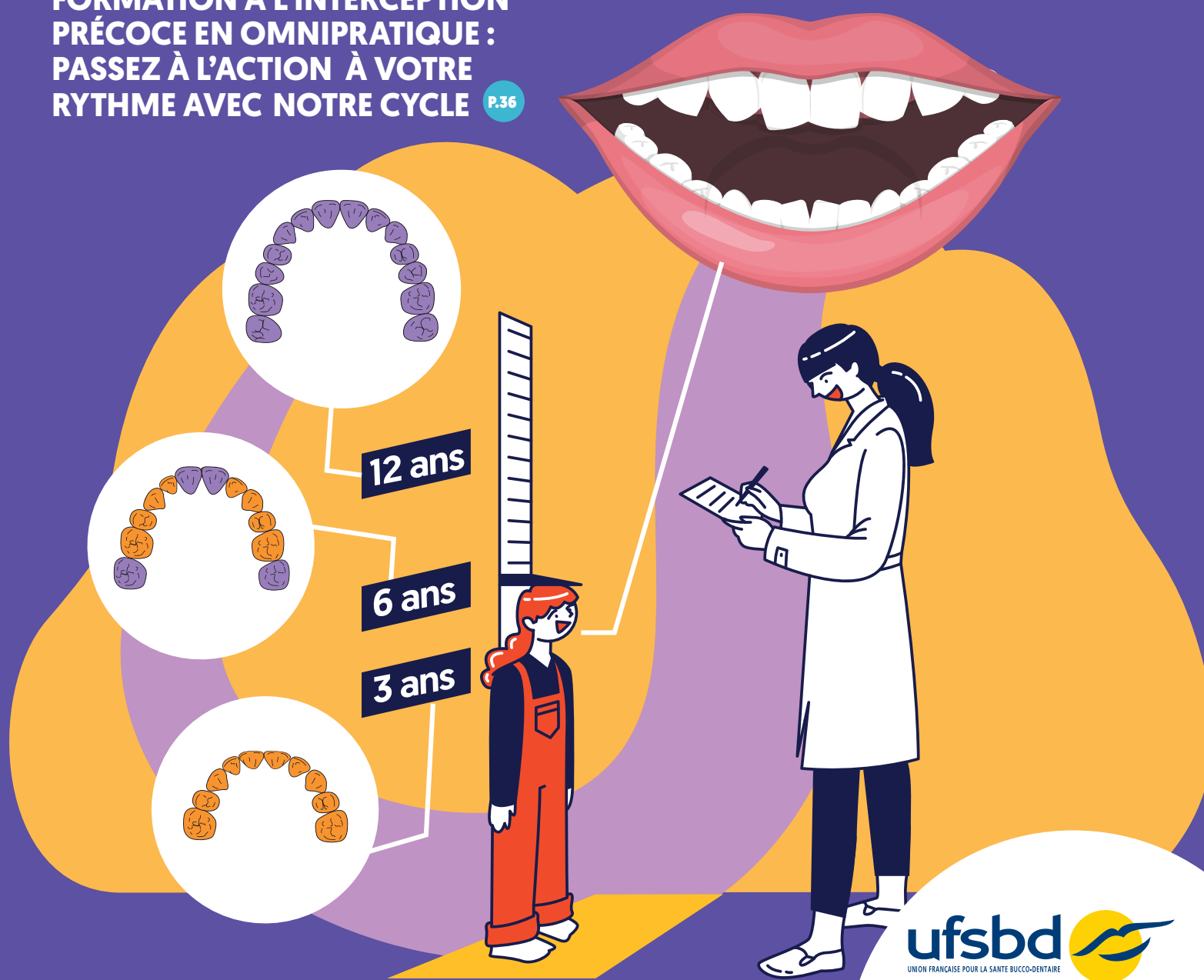
LE MAGAZINE DE L'UFSBD

JUILLET 2020

FORMATION

FORMATION À L'INTERCEPTION PRÉCOCE EN OMNIPRATIQUE : PASSEZ À L'ACTION À VOTRE RYTHME AVEC NOTRE CYCLE

P.36



NOUVEAU

alodont PROTECT®

Bain de bouche sans alcool,
à l'huile essentielle de menthe poivrée pour un goût frais et mentholé.



FABRIQUÉ EN
FRANCE

**Prévention
des petits saignements
de gencives occasionnels***

**Répond
aux premiers signes
des gencives sensibles**

**Double action
anti-plaque
et antibactérienne**

CONSEILS D'UTILISATION

- Utiliser 2 fois par jour, matin et soir pendant une semaine.
- Verser 15 ml à l'aide du bouchon doseur dans un verre.
- Se rincer la bouche pendant 30 secondes puis recracher.
- Ne pas rincer à l'eau après.

Précautions d'usage : ne pas ingérer. Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité à la chlorhexidine. Pour adulte uniquement. Se conformer à l'usage pour lequel ce produit est destiné.

*Aide à lutter contre les petits saignements de gencives et lutte contre la plaque dentaire

COSMÉTIQUE
TONIPHARM

www.alodontprotect.fr

 **RECORDATI**



Des opportunités d'évolution pour la profession dans un contexte sanitaire exceptionnel

La crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a modifié en profondeur les pratiques et les organisations au sein du cabinet dentaire. Sans être une révolution, cette période a plutôt agi comme un révélateur, et un accélérateur, de certaines tendances en germe depuis plusieurs mois ou années déjà, autour de la digitalisation, notamment. Il s'agit désormais de nous approprier ces transformations et de les pérenniser.



LA PANDÉMIE A CONFIRMÉ LA PERTINENCE DE CERTAINES TRANSFORMATIONS DÉJÀ EN MARCHE AU SEIN DU CABINET, TELLES QUE LA DIGITALISATION, ET A ACCÉLÉRÉ LEUR DÉVELOPPEMENT. //

Alors que plusieurs semaines ont passé depuis la levée du confinement, les enseignements que l'on peut retenir de cette période exceptionnelle s'agissant de notre profession se font plus clairs, d'autant que les effets de la crise sanitaire vont certainement continuer à se faire ressentir encore longtemps sur le cabinet.

Des pratiques adaptées au confinement qui ont fait la preuve de leurs atouts

C'est toute notre activité que nous avons dû refaçonner du fait du contexte pandémique.

Au niveau notre relation avec nos patients en particulier : la téléconsultation qui était jusqu'alors quasi inexistante est rentrée dans nos pratiques pendant le confinement, et nous permet encore aujourd'hui de déterminer au mieux les situations nécessitant une venue au cabinet. Dans la prise de rendez-vous, en privilégiant les contacts par mail ou les plate-formes de rendez-vous en ligne, pour libérer l'assistante dentaire et privilégier le travail à quatre mains. Dans la transmission d'informations, sur les conditions d'accueil au cabinet dentaire et sur la prise en charge, en amont du rendez-vous, par mail, sms.

Sur la communication vers le grand public également : quand nous étions freinés dans la mise en œuvre de nos actions de terrain, et que la fermeture des cabinets dentaires privait la population de messages de prévention, il nous a fallu renforcer, sur les réseaux sociaux, certains discours autour des bonnes pratiques à observer pendant le confinement et sur les gestes barrière indispensables pour maintenir une bonne santé buc-

co-dentaire. Dans le même temps, un effort de sensibilisation accru a été entrepris afin de rassurer quant à la sécurité et à l'hygiène au cabinet dentaire en période post-confinement.

Et enfin sur le sujet de la formation continue avec le développement des classes virtuelles proposées pendant le confinement.

Une mue accélérée dont il faut tirer profit

En réalité, ces transformations étaient, pour plusieurs d'entre elles, déjà en marche. La pandémie de Covid-19 a confirmé leur pertinence et a accéléré leur mise en place et leur standardisation. Elle a contribué à atténuer voire à lever certaines barrières psychologiques persistantes sur l'utilité du numérique. La santé bucco-dentaire se digitalise dans la formation, dans la relation au patient, dans la prise en charge, et nos pratiques évoluent en conséquence. Dans cette période de reprise d'activité qui peut se révéler complexe, un enjeu fort consiste à maintenir notre vigilance et à nous approprier ces nouvelles organisations pour les convertir en opportunités durables.

Le confinement aura également montré que les patients les plus en difficulté pendant la fermeture des cabinets dentaires étaient ceux qui ne bénéficiaient pas de suivi bucco-dentaire régulier. À nous de capitaliser sur tous les efforts déployés pendant cette période pour convaincre la population de la nécessité de se maintenir en bonne santé bucco-dentaire, pour consolider la confiance et la réassurance du grand public vis-à-vis du cabinet dentaire, et y ramener certains publics qui en étaient éloignés jusqu'ici.

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

L'UFSBD recommande l'utilisation des brossettes chaque matin et soir. Elles sont essentielles pour éliminer la plaque dentaire et conserver une bonne santé bucco-dentaire. Votre conseil est primordial pour sensibiliser vos patients et prévenir les pathologies gingivales fréquentes.

Découvrez une gamme de brossettes nouvelle génération



Disponible
en grandes surfaces

6 tailles
selon la norme ISO 16409

La technologie spirale unique Clean Expert :

CleanExpert
Technologie

+ Performante

La forme ondulée enlève plus de plaque notamment dans les creux, inaccessibles à des brossettes classiques.

+ Confortable

Les filaments en nylon ainsi que la tige recouverte d'un revêtement rendent l'utilisation douce pour les gencives.

+ Hygiénique

Les filaments de couleur bleue bénéficient d'un traitement anti-bactérien pour garantir une meilleure hygiène.



efiseptyl est le n°1 de l'hygiène
interdentaire en grandes
et moyennes surfaces

efiseptyl
ORAL CARE

FAITES EN PLUS
POUR VOS DENTS



DE NOUVELLES FICHES PATIENTS UFSBD POUR NOURRIR L'IMPORTANCE D'UNE CONSCIENCE DE PRÉVENTION DANS LA POPULATION

Nos fiches patients s'enrichissent pour prendre en compte le contexte post-confinement, et contribuer à créer un environnement favorable au retour des patients vers le cabinet dentaire.

Si la crise sanitaire a conduit à l'adaptation des pratiques et organisations au sein du cabinet (cf. édito), elle implique aussi une nécessaire réorientation de la communication vis-à-vis du grand public. Les fiches patients de l'UFSBD, destinées à l'éducation des patients sur des thématiques clés de l'hygiène et de la santé bucco-dentaires, évoluent donc pour répondre à de nouveaux enjeux apparus pendant le confinement puis lors du déconfinement.

De nouvelles fiches de sensibilisation disponibles

Durant le confinement stricto sensu, une fiche a été élaborée afin d'alerter sur les risques liés au grignotage durant cette période et sur les bonnes pratiques à respecter pour les éviter. À l'heure du post-confinement, deux autres fiches sont mises à disposition du grand public et de vos patients pour promouvoir les gestes barrières contre les caries et maladies parodontales d'une part, et les conforter dans le fait que le cabinet dentaire est un lieu sûr et sécurisé. Plus globalement, elles contribueront à créer un environnement favorable au maintien d'une bonne hygiène au sein du grand public et à son retour vers le cabinet dentaire.

« Promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène auprès des patients et créer les conditions favorables à leur retour vers le cabinet. »

Des supports d'information et de conseil utiles au sein du cabinet

La population française aura été sinistrée sur le plan de la santé bucco-dentaire durant le confinement, et continuera à l'être à court terme au moins, alors que la priorité est donnée à la prise en charge des urgences, au détriement de certains actes considérés, à tort ou à raison, comme reportables. Ces fiches ont vocation à faciliter et à alléger la mission d'éducation des patients assumée par les chirurgiens-dentistes et assistantes dentaires, quand ceux-ci ont moins de temps à lui consacrer dans la période de reprise d'activité, et à partager avec eux certains conseils essentiels, tout en continuant à se concentrer sur la reprise des traitements et les impératifs du moment.

N'hésitez pas à en prendre connaissance et à orienter vos patients vers ces fiches, **accessibles sur le site de l'UFSBD.**



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
4 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.**

Vos patients sont vos meilleurs ambassadeurs.



Face à la demande d'un nombre croissant de cabinets dentaires, Substances Actives a décidé de développer Activ Review, un outil de gestion des avis patients unique en France. Outre l'intérêt de reprendre le contrôle de leur image, les praticiens peuvent entrer dans une logique d'amélioration continue en mesurant l'expérience des patients. Substances Actives a aussi profité du contexte et de la faible activité récente des cabinets dentaires pour améliorer l'application à plusieurs niveaux.

Conscients que notre outil est inédit, nous avons rendu l'interface d'Activ Review plus intuitive, pour en faciliter l'appropriation.

Le fonctionnement global a aussi été fluidifié, afin d'économiser le temps précieux du cabinet.

La nouveauté majeure est l'arrivée du SMS comme alternative à l'email pour solliciter les patients. Il s'agit bien évidemment d'un atout qui favorise le taux de réponses des patients, et rend l'application accessible à un plus grand nombre, dans la mesure où l'adresse mail d'un patient n'est pas une donnée dont disposent systématiquement les praticiens.

Durant l'été il y aura aussi la possibilité de réaliser l'envoi d'un questionnaire médical à compléter avec signature numérique.



➤ Plus d'informations : <https://activ.review/>

Nous veillons ensemble sur la santé bucco-dentaire de vos jeunes patients. Voici 2 kits de brossage **PAPILLI®** indispensables pour la prévention.

PAPILLI®-SMAC-ROUGE

Ce kit de brossage est destiné aux jeunes enfants de **3 à 6 ans**.

Il comprend :

1 trousse + 1 brosse à dents SMAC ROUGE avec ventouse et capuchon protecteur + 1 gobelet PAPILLI® + 1 tube de pâte dentifrice UFSBD 25ml au goût fraise



Lot de 10 trousses : 25,00€ TTC

PAPILLI®-SMAC-VERTE

Ce kit de brossage est destiné aux jeunes patients de **7 ans et plus**.

Il comprend :

1 trousse + 1 brosse à dents SMAC VERTE avec ventouse et capuchon protecteur + 1 gobelet PAPILLI® + 1 tube de pâte dentifrice UFSBD 25ml au goût menthe



Lot de 10 trousses : 25,00€ TTC

➤ Pour tout renseignement 02 98 87 42 82 ou www.papilli.fr

Julie Solutions

Rappel de rendez-vous et réponse patient possible par SMS : la sécurité d'un rendez-vous honoré !

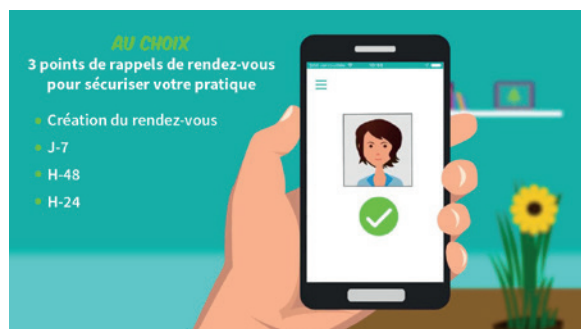
Aujourd'hui 80% des SMS sont lus dans les 4 minutes suivant leur réception. Pour éviter un rendez-vous manqué et une perturbation de votre organisation, Julie propose un système de rappel de rendez-vous automatique et totalement paramétrable selon votre besoin.

Finis les rendez-vous qui se perdent ! Julie envoie une confirmation de rendez-vous par SMS à votre patient. Il n'a plus qu'à l'enregistrer dans son smartphone.

Finis les rappels téléphoniques par votre assistante dentaire. Un rappel par SMS à J-7 vous fait gagner du temps.

Finis les « trous » de dernière minute. Envoyez un ultime SMS 48 à 24 heures avant, avec une possibilité de réponse du patient. En cas d'empêchement, votre logiciel prend la relève pour trouver un patient susceptible d'être intéressé par le créneau via une liste d'attente. Le premier patient à accepter le créneau reçoit une confirmation. Votre agenda est automatiquement mis à jour !

➤ Pour plus d'informations : dynamik@julie.fr



Bain de bouche Dentex Contre les irritations mineures de la muqueuse et des gencives

- Sans alcool
- 1,5% de Peroxyde d'Hydrogène
- Action nettoyante par oxydation
- Arôme menthe agréable

Beaucoup de vos patients souffrent occasionnellement d'irritations buccales ou de microtraumatismes buccaux :

- Ulcères buccaux
- Irritations liées à une prothèse
- Inflammation gingivale
- Dispositifs orthodontiques
- Technique de brossage iatrogène ou brosse à dents trop dure
- Morsures de joue
- Brûlures

Colgate Dentex est un bain de bouche à 1,5% de peroxyde d'hydrogène avec une action antiseptique qui permet un soulagement symptomatique des irritations buccales mineures.



Comment Colgate Dentex fonctionne :

1. Le contact avec les enzymes salivaires et tissulaires (peroxydases et catalases) provoque la libération rapide d'oxygène dans une agréable sensation d'effervescence.
2. L'action oxydation un nettoyage chimique et mécanique des débris alimentaires buccaux.
3. Cette action soulage l'inconfort et facilite la prise en charge des irritations ou inflammations buccales, douleurs et ulcérations buccales.

Mode d'utilisation :

Un rinçage buccal 3 x par jour avec 10 ml de solution Colgate Dentex prête à l'emploi. La durée d'utilisation ne doit pas dépasser 7 jours. Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 6 ans.

Recommandez le bain de bouche Colgate Dentex pour soulager vos patients en cas d'irritations mineures de la muqueuse et des gencives.

DENTEX, solution pour bain de bouche

➔ Pour une information complète, consulter le RCP disponible sur <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Découvrez le nouveau système d'aspiration extra-oral Optima EOS 350 de BA International



BA International a mis au point un système d'aspiration extra-oral pour capturer les gouttelettes et les aérosols afin de limiter la pollution de l'air de votre salle de soins. L'Optima EOS 350 est un concentré d'innovation et vous assure un air désinfecté et purifié grâce à son système de filtration de qualité médicale qui allie un filtre HEPA 14 à un dispositif de désinfection aux ultraviolets.

Compact et silencieux (<58dB), sa puissance d'aspiration Ultra Forte permet d'emprisonner 99,995% des aérosols. Son flux d'air dynamique et intelligent permet de maximiser le confort pendant le traitement dentaire et de faire circuler efficacement l'air propre dans la pièce. D'une conception ergonomique et légère, il est doté d'un panneau de commande intelligent avec indicateur numérique, et comporte 10 niveaux de réglage. C'est un atout pour votre sécurité et celle de vos patients, il est disponible en exclusivité auprès du Groupe Henry Schein.



➔ Pour en savoir plus, rapprochez-vous de votre conseiller Henry Schein.

➔ 02 47 68 90 00 | www.henryschein.fr

3M Éliminer le risque de contamination croisée avec les produits à usage unique.

Selon le centre de contrôle et de prévention des infections américain (CDC), les cabinets dentaires devraient envisager d'adopter des produits à usage unique lorsqu'ils remplacent des produits semi-critiques à usages multiples qui ne peuvent tolérer la stérilisation à la chaleur. En effet, ceux-ci éliminent le risque d'infection entre les patients - le contrôle des infections est intégré dans la conception du produit. Bien entendu, le risque de transmission interpatients est également pris en compte lorsqu'un appareil à usages multiples a été nettoyé/désinfecté de manière appropriée. Mais si cela vous apporte une tranquillité d'esprit, ou si vous pensez que vos patients y seront sensibles, pourquoi ne pas sauter le pas ?

En outre, le CDC conseille aux chirurgiens-dentistes de tenir compte non seulement du coût initial d'un article à usage unique, mais également des économies de temps, d'étapes et de matériel obtenues en éliminant la nécessité d'un nettoyage et d'une désinfection, voire d'une stérilisation de ce produit.

Si vous souhaitez vous orienter vers des produits à usage unique, sachez que 3M propose une large gamme de produits, notamment pour les soins intra-oraux.

➔ www.3mfrance.fr



“Gardez le cap”, un guide à télécharger pour réussir la reprise

Fort de son expérience dans le secteur de la santé, Doctolib a adapté ses solutions au contexte actuel pour vous aider à repartir dans les meilleures conditions. Nos équipes ont échangé avec des chirurgiens-dentistes, entendu leurs préoccupations et se sont inspirées de leurs idées afin de vous proposer les pistes les plus efficaces. Pour vous et pour vos patients. Retrouvez ces 5 pistes en téléchargeant notre guide à l'adresse suivante :



info.doctolib.fr/guide-dentiste-ufsbdb

“La voix des assistantes dentaires”, un podcast pour découvrir la richesse du métier d'assistante dentaire

Connaissez-vous les dessous des cabinets dentaires ? Pas ce qu'on y fait mais les personnes qu'on y rencontre ? Doctolib reçoit des assistantes dentaires pour leur donner la parole sur leur histoire. L'expérience de formatrice à l'UFSBD de Marilyn Michel, celle de Lindsay Bruneau en mission humanitaire à Madagascar, ou encore la formation de Marie-Elodie Bélot à l'hypnose médicale, retrouvez ces parcours inspirants via une série de podcasts, accessibles sur toutes les plateformes d'écoute ainsi que sur le blog Doctolib :

info.doctolib.fr/blog-dentiste-ufsbdb



A propos de Doctolib

Doctolib est un logiciel de gestion des consultations utilisé par 13 000 chirurgiens-dentistes en France, et proposant des outils concrets pour vous aider à relancer votre activité :

- Fournissez des consignes d'hygiène claires à vos patients pour les consultations en cabinet dans les emails de confirmation de rendez-vous
- Divisez par 3 vos rendez-vous non honorés grâce aux outils Doctolib. Vous rappelez automatiquement à tous vos patients leur rendez-vous par email et par SMS quelques jours avant. Vous n'avez plus besoin d'envoyer vous-même les convocations et il n'y a plus d'oubli de la part de vos patients
- Réduisez de 40% les tâches administratives pour votre assistant(e) (réduction nombre d'appels, rappels automatiques de rendez-vous, reprogrammation facile des rendez-vous annulés)
- Faites une allocation sur-mesure de votre temps : réservez des plages pour les urgences, les plans de traitement en cours ou les motifs de consultations que vous voulez prioriser
- Augmentez votre activité malgré les procédures d'hygiène en restant disponible pour tous vos patients grâce à la consultation vidéo

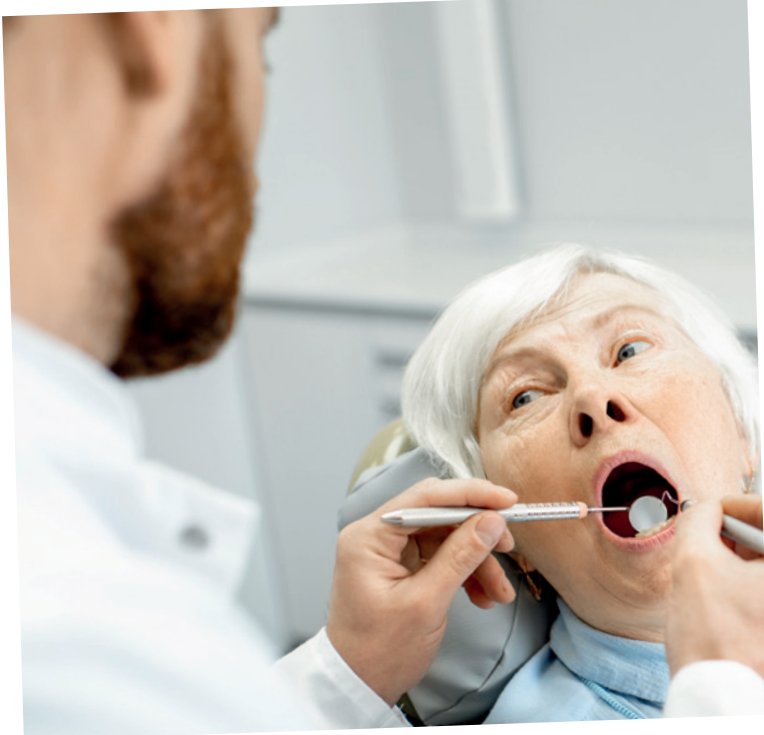
Découvrez Doctolib Pro :

info.doctolib.fr/dentiste-ufsbdb



La prévention

en mouvement



Formation

« Ensemble, osons la santé bucco-dentaire des personnes dépendantes ! »

Oser l'accès à la santé des personnes dépendantes est l'un des engagements des chirurgiens-dentistes de l'UFSBD quand ils vont former les aidants professionnels.



Plus de **25 000**,
c'est le nombre de
professionnels des
établissements médico-
sociaux formés par l'UFSBD



Près de **500**
chirurgiens-dentistes
de l'UFSBD habilités
pour ces actions



Une contribution
internationale :
à l'échelle d'un pays,
l'expérience de l'UFSBD
est unique et profite à
tous les pays membres de
la FDI à travers différents
groupes de travail



Le programme Oralien
une innovation 100 % française

En mouvement

En pratique

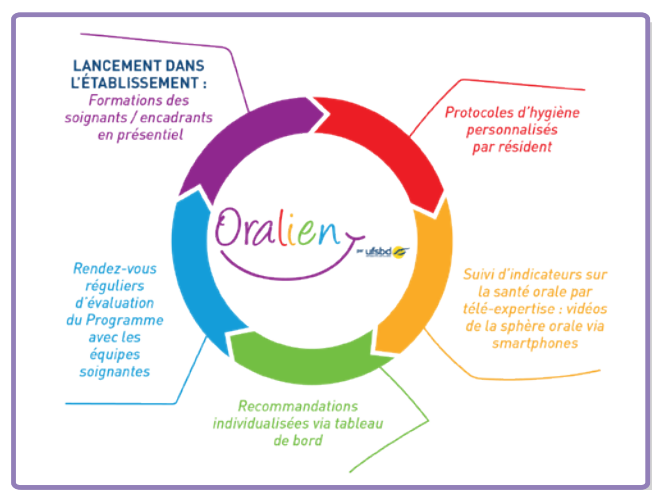
Formation

Santé Publique

Il y a 20 ans, l'UFSBD a expérimenté différentes actions pour l'accès à la santé orale des personnes dépendantes (sensibilisation, formations, dépistages, bucco-bus, mallette de soins, ...). Ces actions ont permis d'aboutir à un consensus: le seul accès aux soins ne suffit pas pour une bonne santé orale. Seul l'accès à la prévention avec, entre autres, la mise en place de protocoles d'hygiène individualisés appliqués au quotidien, permet l'accès à la santé orale. La perte d'autonomie doit être compensée par les aidants du quotidien pour l'hygiène du patient. S'assurer d'un bon niveau d'hygiène au quotidien améliore de fait l'accès aux soins: favoriser une habitude à l'accès à la bouche, reminéraliser les surfaces dentaires, diminuer l'inflammation

Deux grands types de formation :

- **De niveau 1 (7 heures)**, à destination de tous les personnels concernés par l'accompagnement des personnes, pour déconstruire les idées reçues et travailler sur le développement des protocoles d'hygiène bucco-dentaire individualisés.
 - **De niveau 2 (2,5 jours)**, pour former des correspondants en santé orale, permettant d'inclure la santé orale dans le projet d'établissement et de déployer une véritable politique de prévention bucco-dentaire au sein de l'établissement: sensibilisation des personnes dépendantes et des familles, accompagnement et soutien des équipes soignantes, réévaluation régulière des protocoles d'hygiène en fonction de l'évolution de la vie, incitation à la mise en place d'un accès aux soins avec plusieurs praticiens de proximité et à la réalisation de visites régulières en cabinet dentaire pour éviter des situations d'urgence, etc.
- Et pour maintenir une dynamique dans le temps, le programme « Oralien » de l'UFSBD propose maintenant d'aller plus loin. Il associe à la formation un suivi de paramètres de la santé orale par télésurveillance (pilote par intelligence artificielle) dans un programme pluriannuel: visionnez le témoignage d'un établissement.



faciliteront les soins au cabinet dentaire tout en limitant le nombre de rendez-vous en urgence. En 2009, l'UFSBD a consolidé son expertise par la publication de chartes d'actions pour les personnes dépendantes, avec une étape incontournable: la formation des personnels des établissements médico-sociaux. Ces formations sont admissibles au DPC. Aujourd'hui, la plupart des ARS encouragent aussi les établissements à s'engager dans ces actions.

Ces formations continues sont délivrées par des chirurgiens-dentistes des comités départementaux de l'UFSBD ayant bénéficié d'un calibrage d'action.



Formation en ligne UFSBD en accès libre

Le niveau de dépendance : une nouvelle approche dans la prise en charge des patients âgés



Nous accueillons tous dans nos cabinets des personnes de plus en plus âgées, dépendantes ou non.

Nous proposons un accès gratuit et libre à une formation en ligne pour aider à prendre en charge les patients âgés en fonction de leur niveau de dépendance.

Il sera question :

- d'évaluation des risques,
- d'actes de prévention,
- de choix thérapeutiques
- et de l'importance des conseils de prévention et d'hygiène bucco-dentaire à délivrer aux patients et à leurs aidants familiaux ou professionnels.

Car, pour l'UFSBD, quel que soit l'âge du patient, la Prévention n'est pas une option ! C'est le seul moyen de réduire les besoins en soins.

Nous avons tous en tant que soignants une obligation absolue : celle de ne pas perdre le lien avec nos patients, âgés ou non.

Si le lien avec le médecin traitant n'est jamais rompu, il peut l'être avec le dentiste traitant si nous n'y prenons pas garde.

À nous d'être vigilants et pro-actifs pour « garder le contact » et inviter nos patients les plus âgés à venir faire des contrôles réguliers dans nos cabinets afin de les accompagner dans une avancée en âge en pleine santé bucco-dentaire.

Rendez vous sur <http://www.ufsbd-en-ligne-oralien.fr/>

TÉMOIGNAGE

Témoignage d'une aide-soignante, travaillant au sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) en Haute-Garonne

« *Mais que fait Mathilde ?* », demande la nouvelle stagiaire à Stéphanie, aide-soignante titulaire, en découvrant avec stupéfaction une résidente de la MAS ouvrant tout grand la bouche à l'arrivée des deux soignantes dans sa chambre, à l'heure du coucher.

« *Eh bien, elle attend que tu lui brosses les dents !* », répond Stéphanie.

Le témoignage de Stéphanie lors d'une formation de Correspondants en Santé Orale vient s'ajouter aux nombreux autres retours de personnels soignants d'établissements médico-sociaux, suite aux formations à la prévention et aux soins d'hygiène bucco-dentaire qui leur ont été dispensées.

« *Cette formation a complètement changé notre manière d'aborder les soins d'hygiène bucco-dentaire et notre approche des résidents. Nos soins en sont facilités* », conclut Stéphanie.

Mathilde, polyhandicapée, n'a bien évidemment pas conscience de l'ensemble des bénéfices d'une bonne hygiène bucco-dentaire au quotidien sur sa santé générale. Mais ce qu'elle sait, cependant, c'est qu'ils lui procurent aujourd'hui un réel bien-être, d'où l'expression de son impatience chaque soir. Ses soins d'hygiène bucco-dentaire sont devenus aujourd'hui qualitatifs et plaisants pour la résidente et sont grandement facilités pour le personnel qui les réalise.

Au travers de ces formations, le personnel soignant acquiert savoir-faire, « trucs et astuces », et également de la confiance en soi, déterminants pour « oser » les soins d'hygiène bucco-dentaire sur certains résidents peu coopératifs, voire opposants, et pour parfaire ceux déjà mis en place.

Former le personnel soignant aux soins d'hygiène bucco-dentaire, c'est lui offrir des clés qui l'aident à contourner les obstacles du quotidien. C'est la possibilité, pour chaque résident, de voir optimisée la qualité de ces soins.

Mathilde accueille chaque jour les soignants avec un empressement et une coopération qui se passent de mots...

Ces formations en Occitanie sont menées par un partenariat entre l'UFSBD et Handident Occitanie avec le soutien de l'ARS Occitanie.



Cette formation a complètement changé notre manière d'aborder les soins d'hygiène bucco-dentaire.

INTERVIEW

Témoignage d'une consœur engagée, le Dr Albine Soler :



Dans votre département, l'UFSBD mène une action de prévention dans les EHPAD. Qu'est-ce qui vous a amenée à intégrer ce projet dans votre exercice ?

Dans les EHPAD, nous avons à la fois un turn-over du personnel qui est énorme dans le secteur, et des résidents qui entrent dans ces structures avec une rupture de soins dentaires. Le handicap, la perte d'autonomie, la maladie ont fait que l'on s'est occupé d'autre chose. Malheureusement, les accompagnants n'ont pas le bucco-dentaire à l'esprit ! Par ailleurs, j'ai constaté en entrant dans les EHPAD que les soignants ont aussi besoin d'être dirigés. Ils ont besoin qu'on les conseille, qu'on les épaulé, qu'on leur montre les gestes, les outils. Ils manquent de formation, de protocole de soins en fonction des pertes d'autonomie de chacun. Ils n'ont pas tous une formation dans notre domaine. De ce fait, ils n'ont pas la notion de l'impact de la santé dentaire dans la vie de tous les jours et des conséquences sur la santé des résidents. De même, ils ne voient pas l'impact que cela a sur le confort des patients, leur tranquillité, leur bien-être.

En tant que praticien libéral, considérez-vous que cela fait aussi partie de votre rôle de faire ce type d'action ?

Oui, parce qu'on a un rôle de prévention dans notre exercice quotidien. Il n'y a pas qu'aux enfants qu'il faut apprendre à se brosser les dents. Il y a aussi des adultes avec qui il faut remettre tout à plat. On doit les aider à trouver les bons moyens, à s'adapter à leur situation. Par exemple, acheter une brosse électrique, un jet dentaire, utiliser des brossettes... Aller dans leur lieu de vie, c'est mieux comprendre leurs difficultés pour mieux les conseiller.

Vous pratiquez en libéral, vous avez un gros cabinet et malgré cela, vous allez dans les EHPAD. Qu'est-ce que cela apporte dans votre exercice quotidien ?

Je pense qu'un praticien doit sortir de son cabinet. Soigner certains patients, cela nous amène à nous poser des questions. Pourquoi ? Parce que l'abord d'une personne différente, cela se fait aussi différemment, avec d'autres approches, avec d'autres outils, d'autres méthodes. Lorsque nous sortons de nos cabinets, nous

nous remettons en question. Automatiquement, avec les soignants, on apprend beaucoup sur la manière d'aborder ces patients. Comment leur parler, comment les mettre en confiance, quelles sont leurs difficultés. La plupart du temps, le rendez-vous sur leur lieu de vie ne les désoriente pas, ils sont moins angoissés, plus souriants. J'ai très rarement un refus d'ouverture buccale. Ils parlent plus facilement d'eux. La confiance est plus rapide, ils me montrent une véritable reconnaissance à prendre le temps de m'occuper d'eux.

La prise en charge de patients dépendants est-elle entrée en ligne de compte lors de l'ouverture de votre cabinet ?

Oui toujours ! En fait, j'estime qu'il n'y a aucune famille qui peut dire : « je n'ai pas d'handicapé, je n'ai pas de personne dépendante dans ma famille ». Dans toutes les familles, à un moment ou un autre, on a une personne handicapée, accidentée, malade ou dépendante. Du coup, cela a toujours été important pour moi ! J'ai racheté un cabinet à une consœur qui était en rez-de-chaussée et qui était très accueillante avec ses patients à mobilité réduite. Elle avait une partie de sa patientèle en fauteuil roulant. En reprenant, je ne me voyais pas leur dire : « maintenant vous n'allez plus pouvoir poursuivre dans ce cabinet ». J'ai continué à les soigner et j'ai toujours trouvé que, souvent, ces personnes handicapées nous donnent des leçons de vie. Régulièrement, on propose notre aide mais elles la refusent très souvent, elles nous montrent leur agilité et leur totale adaptation alors que l'on sait très bien que dans la même situation, il nous faudrait un bon moment avant d'arriver à nous transférer sur nos fauteuils, à poser notre veste, à l'accrocher sur le porte-manteau... Avec l'achat de ma patientèle qui était en partie en fauteuil roulant, mais aussi à cause d'expériences personnelles, j'ai su que c'était important d'être accessible. Nous sommes tous responsable de rendre nos cabinets accessibles, pas seulement par obligation légale. L'accessibilité, elle n'est pas que simplement dans le physique. Il y a aussi la qualité de l'accueil, l'écoute et savoir s'adapter à ces patients particuliers.

C'est aussi comme cela que nous progressons dans notre exercice quotidien. Et puis, je souhaite comme tout le monde vieillir et me faire soigner avec la même attention à 80 ans qu'à 20 ans !

DES ACTIONS BÉNÉFIQUES POUR TOUS

Témoignage du Dr Muriel Maurin, Secrétaire Générale adjointe de l'UFSBD :



Quel est l'apport des Correspondants en santé Orale (CSO) pour les établissements ?

Le CSO, dans le cadre de l'animation du projet de santé de l'établissement, est responsable du suivi bucco-dentaire des résidents. Il est en charge de la liaison avec les aides-soignantes, les éducateurs et les familles des résidents. Il implique vraiment tout le personnel dans l'assistance au brossage de tous les résidents au quotidien.

Le CSO a également un rôle dans le repérage précoce de problèmes ou pathologies bucco-dentaires. Nous utilisons la capacité du bilan infirmier lors des formations en leur donnant les points clefs pour l'observation méthodique et régulière de différents éléments de la bouche des personnes dépendantes (état des surfaces dentaires et gingivales, niveau d'hygiène, etc.). Cela permet d'éviter des situations d'urgence par ce repérage.

Et pour les chirurgiens-dentistes, qu'est-ce que cela change quand vous formez un établissement ?

Nous insistons aussi, dans nos formations vis-à-vis du recours au cabinet dentaire, sur quelques éléments clefs pour leur permettre d'améliorer les échanges. Souvent, les établissements privilégient des contacts avec un seul cabinet, par facilité. Cela peut entraîner dans le temps un effet de saturation pour le praticien, ou en cas de retraite, une rupture complète de

ressource pour la prise en charge des résidents du jour au lendemain. Nous leur conseillons le redéveloppement des relations avec différents praticiens.

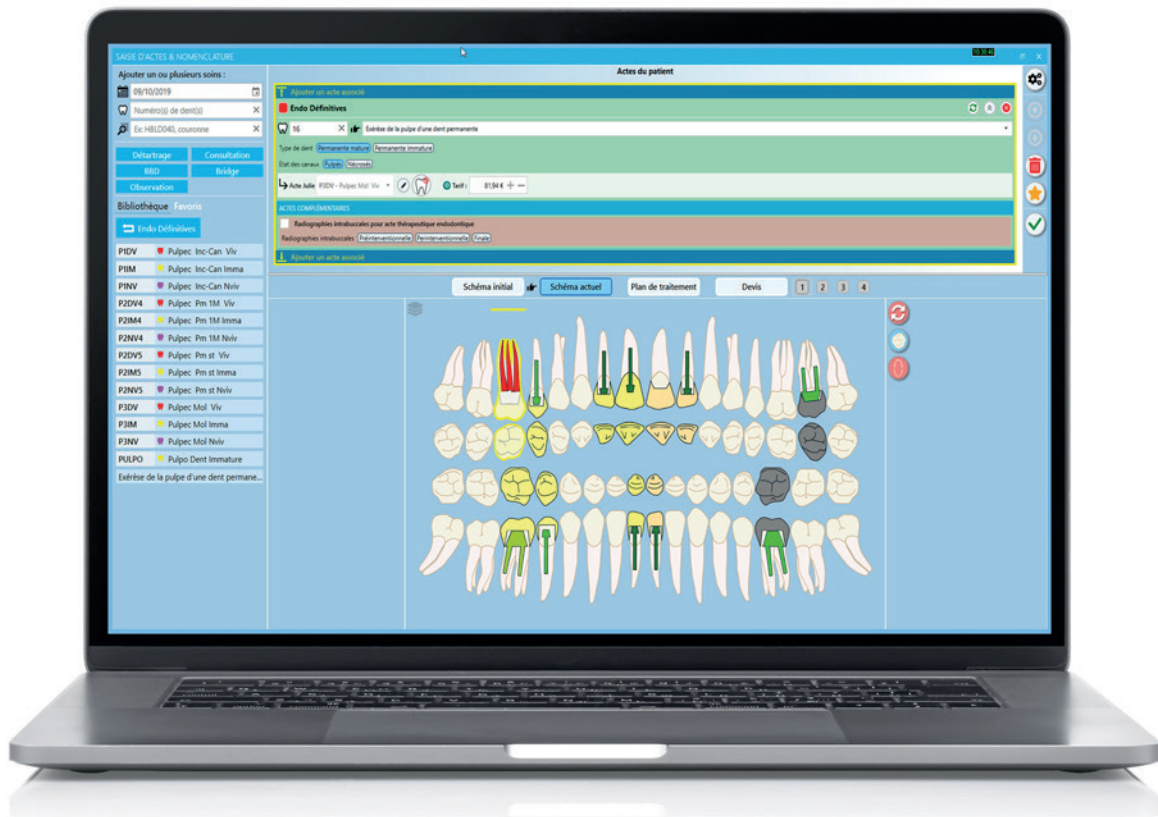
Pour les chirurgiens-dentistes traitant des résidents, le CSO est un interlocuteur privilégié identifié. Il permet d'organiser au mieux les rendez-vous avec notamment la transmission de tous les éléments médicaux et administratifs indispensables à la consultation. Cela facilite aussi le suivi des règlements et devis avec les familles ou tuteurs.

Les praticiens constatent régulièrement un avantage quand un établissement de proximité a formé son personnel à la santé orale et à l'hygiène. Il y a beaucoup moins d'urgences. Pour les patients ayant au quotidien l'habitude de l'accès à la bouche pour leurs soins d'hygiène, la prise en charge est facilitée pour les soins au cabinet dentaire. Et surtout, à long terme, c'est davantage un suivi préventif qui s'instaure.



Pour les chirurgiens-dentistes traitant des résidents, le CSO est un interlocuteur privilégié identifié. "

L'essentiel au sein de votre logiciel métier.



Maîtrisez
votre agenda

Gérez vos plans
de traitement

Pilotez
votre activité



Optimisez la relation
avec vos patients

Interconnectez
votre cabinet

En pratique

En mouvement



PRIX DE THÈSE
NextDentiste
ufsbd

Prévention

Retour sur le Prix de Thèse UFSBD 2019

Le prix de thèse UFSBD 2019 en partenariat avec les sociétés Henry Schein et Julie Solutions, remis au moment de l'ADF, a récompensé 3 jeunes diplômés dont nous exposons les travaux dans notre rubrique En Pratique.

3 sujets divers qui proposent un guide clinique adapté à la prise en charge des adolescents lors de la première consultation, une étude sur le « mal de dos » des chirurgiens-dentistes français et un retour d'expérience sur mission humanitaire dans un camp syrien.



36,3%

des adolescents se
sentent en difficulté
psycho-affective
Unicef consultation
nationale

64% à
93%

des chirurgiens-dentistes
mondiaux souffrent
de Troubles
Musculo-Squelettiques.
HAYES M., COCKRELL D. T
SMITH D. R. *International
Journal of Dental Hygiene*

+ de
80 000

réfugiés syriens occupent
le camp de Al Zaatari
en Jordanie
Francetvinfo.fr

En pratique

Formation

Santé Publique



BUCCOTHERM®

Une Eau thermale, source de sourire



F
FLUORURES

NaHCO₃
BICARBONATE

Fe
FER

Na
SODIUM

SO₄²⁻
SULFATES

Mg
MAGNESIUM

Sr
STRONTIUM

K
POTASSIUM

Ca
CALCIUM



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.



CURE THERMALE DE
CASTÉRA-VERDUZAN



1^{er} prix - Dr Azoulay Elfassi



PRIX DE THÈSE
NextDentiste
ufsbdbd

Apport de la communication centrée dans la gestion d'une première consultation d'un adolescent chez le chirurgien-dentiste. Proposition d'un guide.

Un premier rendez-vous avec un nouveau patient est toujours plus difficile à appréhender que le suivi d'un patient déjà connu. Le praticien est face à l'inconnu et doit réfléchir à sa posture dans la relation praticien-patient, en fonction de la personnalité du patient, de sa douleur, de son image du dentiste, de son parcours de soins et de bien d'autres facteurs propres à chacun.

Dans ce contexte, la population adolescente vit une période charnière difficile à gérer. Le patient est en demande de responsabilités, veut prendre les décisions qui le concernent, surtout en matière d'image extérieure (dont nos soins auront un impact non-négligeable) ; or il reste mineur sous la tutelle de ses parents / responsables légaux et les soins doivent être effectués en accord avec ces derniers (Verdier - 2004).

La première consultation constitue l'outil clinique le plus important, car elle constitue un cadre pour les soins à venir. Nous allons, en reprenant les étapes du guide de Calgary et Cambridge (référence en matière de structure du premier entretien avec un patient), proposer un guide adapté à la prise en charge du patient adolescent en fonction de certains critères psychologiques observés.

I. Les particularités de l'adolescence

1. Hygiène alimentaire :

Les adolescents ont une alimentation non équilibrée s'expliquant par un besoin d'indépendance : sortie entre amis, emploi du temps souvent surchargé difficilement compatible avec un vrai temps repas. Ils sont victimes de fringales à plusieurs reprises durant la journée et sont donc sujets au grignotage. Ils optent pour des encas souvent très sucrés, facilement accessibles, car bon marché : boissons sucrées (selon la Haute Autorité de la Santé, il s'agit de la tranche d'âge qui en consomme le plus), barres chocolatées, fast-food... (Fletcher et al. - 2018)

2. Hygiène bucco-dentaire :

Différentes études soulignent le mauvais niveau d'hygiène buccale des adolescents avec un indice de plaque non contrôlé par rébellion contre les règles, par manque de motivation ou par manque de connaissance des techniques de brossage et de suivi dentaire. Selon un sondage IPSOS mené en 2013, 50% des adolescents se brossent correctement les dents, 2 fois par jour.

3. Troubles du comportement :

L'adolescence est une période où l'individu se cherche, et qui se caractérise souvent par une prise de risques, qui peut avoir un impact non-négligeable sur la santé à plus ou moins long

terme (INPES - 2009). Cette étape s'exprime par des phases d'opposition verbale, des troubles alimentaires (obésité, anorexie, boulimie), des prises de risques parfois mettant en danger leur santé (tabac, drogue, alcool) voire même leur vie (1/4 des ados pensent au suicide).

4. Aspect psychologique de l'adolescent :

Cette période pleine de changements, aussi bien morphologiques que psychologiques, est source de possibles malaises face à l'image de son corps. C'est là que le rôle du dentiste est primordial, car il doit intervenir de manière positive sur cette image et non l'inverse (Thery-Hugly - 2017). Il est nécessaire de créer une relation de confiance avec le thérapeute et ce quel que soit le comportement que l'adolescent adoptera initialement (Atger - 2007). Nous avons établi trois grandes catégories de patients selon leur comportement.

- Le patient coopérant : Beaucoup d'adolescents sont coopérants. Ils consultent de leur plein gré ou sur les conseils de leur entourage. Face à eux, il est important de créer un contact agréable, afin de ne pas les frustrer ou les mettre mal à l'aise face à une quelconque situation (leur hygiène, leur comportement, etc.). Les soins de ces patients seront généralement aisés et pourront être entrepris rapidement à la première ou la deuxième consultation, selon la difficulté de l'acte.

- Le patient timide/évitant : Ces adolescents n'osent pas et ne veulent plus demander de l'aide autour d'eux. Ils pensent être les seuls à même de trouver une solution à leurs problèmes et font en sorte de ne dépendre de personne. On parle d'autosuffisance. Ils vont minimiser leurs maux et cherchent à garder en eux les émotions négatives (peur, colère). Ils n'afficheront jamais leurs sentiments, car inconsciemment, ils vont les effacer ou les banaliser. Ces enfants vont avoir du mal à exprimer ce qu'ils ressentent. Ils vont généralement consulter tardivement. De plus, lors des soins, ils vont prendre beaucoup sur eux et communiqueront difficilement leur ressenti.
- Le patient agressif /réfractaire : L'agressivité est l'intention ou conduite d'agression dirigée contre autrui ou contre soi, pouvant se manifester sous des formes aussi variées que la violence ou l'inhibition (Cosnier - 2015). L'adolescent rejette hors de lui son propre mal-être à travers des comportements extrêmes de violence, dont l'intensité est proportionnelle au sentiment de rejet de la société (famille, amis, réseaux sociaux...) (Muratori et al. 2001). Il s'agit de jeunes qui sont généralement contraints de consulter par leur entourage. Ils vont être en opposition totale avec les discours émanant d'un représentant de l'autorité (y compris le dentiste).

II. Les techniques de communication dans la relation chirurgien-dentiste / adolescent.

1. La communication centrée :

La communication centrée consiste à réaliser une consultation non-directive, où le patient mène l'entretien et aborde lui-même les sujets qui lui tiennent à cœur. Afin d'y accéder et obtenir une adhésion maximale aux soins, le

dentiste doit placer le patient au centre de toute décision thérapeutique, en tenant compte à la fois des facteurs intrinsèques à son corps et son état de santé, mais également des facteurs extrinsèques comme le contexte socioculturel, le mode de vie...(Lee et al. 2018).

Le dentiste doit prêter attention à tous les éléments évoqués par le patient. Il doit lui laisser le temps de réfléchir, lui faire exprimer tout ce dont il aimerait parler (y compris le non dentaire), ne pas l'interrompre. Cet entretien motivationnel repose sur l'empathie, le contournement des obstacles, la répétition et reformulation des phrases clés, des questions ouvertes...

2. Le guide de Calgary Cambridge :

Le guide de Calgary et Cambridge est une grille établie dans le but d'aider, dans un premier temps, les étudiants en médecine, puis plus globalement les soignants de toutes disciplines de santé, lors des premières consultations avec leur patient. Il s'agit d'une grille permettant de structurer l'entretien étape par étape et d'ainsi aider le professionnel de santé à réaliser un entretien non directif centré sur le patient, sa personnalité et son vécu.

Chacune des 5 étapes (commencer l'entrevue, recueillir l'information, procéder à l'examen physique, expliquer et planifier, et conclure l'entretien) doit être scrupuleusement suivie, afin de structurer l'entrevue et de construire une relation de qualité.

3. Proposition d'un guide :

Le tableau suivant constitue une aide pour le déroulement de la première consultation avec l'adolescent. Les trois profils psychologiques suivants ont été volontairement exagérés afin de mettre en avant les spécificités de chacun.



GUIDE D'ENTRETIEN

Profil Étapes	L'adolescent coopérant	L'adolescent craintif / timide / anxieux	L'adolescent réfractaire
	Il s'agit des adolescents les plus faciles à gérer, au premier abord.	Il s'agit des adolescents pour lesquels la confiance n'est pas aisée à obtenir, mais une fois acquise, la relation sera durable et fidèle.	Il s'agit des adolescents pour lesquels la relation de confiance est à la fois difficile à mettre en place, mais également très compliquée à faire durer sur du long terme.
Commencer l'entretien	Assiduité		
	- Ponctuel à son rendez-vous. - Prévient en cas d'éventuel retard.	- Ponctuel, voire en avance à son rendez-vous, afin de ne pas se faire remarquer.	- Juste à l'heure, voire en retard.
	Attitude non-verbale		
	- Patient se tenant droit - Apparence apaisée, à l'aise - Patientant sur son téléphone, lisant des magazines ou regardant la télévision.	- Posture courbée - Patient agité - Regarde alternativement sa montre, puis les autres patients dans la salle. - Se tient en alerte en attendant son tour - A du mal à se distraire par un quelconque moyen (téléphone, magazine, télévision...).	- Attitude nonchalante - Avachi sur sa chaise - Regarde l'ensemble des patients, pour essayer de se reconnaître en l'un d'eux. - Patientant sur son téléphone, échange sur les réseaux sociaux ou entame une conversation téléphonique avec un ami.
	Tenue vestimentaire		
	- « À la mode », le mettant en valeur, sans pour autant être extravagante.	- Tenue sobre, classique, qui n'est pas spécifique des adolescents.	- Tenue représentative de leur état d'esprit, qui est torturé : couleurs/logos violents, jean déchiré, piercing, tatouage, couleur dans les cheveux. - Certaines filles peuvent arborer des tenues chics et luxueuses, afin d'être regardées.
	Attitude verbale		
Recueillir l'information	Même si accompagné de ses parents, autonome et réactif aux sollicitations de l'équipe.	- Accompagné de ses parents, il laisse transparaître son inquiétude par une série de questions sans intérêt particulier. - Répond de manière peu audible, voire attend que ses parents répondent à sa place	Affirme son caractère et veut s'imposer par le ton de sa voix, aussi bien auprès du dentiste que de ses parents.
	Comportement lors du premier contact avec le praticien		
	- Réaction positive à l'appel de son nom : démarche coopérante et réponse cordiale à la salutation (regard, sourire, allure...).	- Stress important à l'appel de son nom : allure vive, tête baissée, regard fuyant, poignée de main faible. - Le questionnaire médical peut être source d'anxiété supplémentaire : posera sûrement des questions à son sujet.	- Au moment où le dentiste l'appelle, il va se lever de manière plus ou moins lente, sans précipitation et peut répondre avec le sourire. - La poignée de main est ferme, ainsi, l'adolescent affirme son caractère. - Semble exaspéré par le questionnaire médical à remplir, mimiques faciales le prouvant (regard en l'air, sourcils levés, etc.).
	Le recueil de l'information doit se faire de manière stratégique. Cette partie est primordiale, car elle permettra de confirmer le profil du patient, de pouvoir adapter son discours pour mettre à l'aise le jeune et, par la suite, de mieux gérer l'examen clinique, l'entretien motivationnel, puis la programmation des soins futurs. Plusieurs techniques peuvent être utilisées : poser des questions ouvertes, valoriser le patient, pratiquer l'écoute réflexive...		
Recueillir l'information	À propos de la perspective du patient		
	Ses idées/ ses croyances		
	Le dentiste est perçu comme un soignant dont l'objectif est de guérir.	Le dentiste est perçu comme un soignant dont la supériorité impressionne.	Le dentiste est perçu comme une autorité voulant s'imposer en tant que telle.

	Ses attentes		
Recueillir l'information	- En attente d'un soin en particulier, d'une réponse à une interrogation, de conseils pour maintenir un bon état de santé bucco-dentaire et donc un bon état de santé général. - Un lien cordial s'installe rapidement, car l'adolescent sait qu'une bonne collaboration rend les soins plus efficaces.	- N'en a pas forcément, car peut être venu sur les conseils de ses parents. - Attentes souvent cachées, non exprimées, ou allusionnées. - Souvent besoin d'un réconfort psychologique : un soin dentaire pour dynamiser son estime de soi.	- S'il vient de son plein gré, elles seront clairement énoncées, et il attendra des résultats. - S'il ne vient pas de son plein gré, il fera comprendre qu'il n'attend rien du dentiste.
	Ses préoccupations		
	- Espère des résultats. - Attente souvent esthétique.	- Peur de n'être pas compris ou entendu. - Peur de ne pas réussir à exprimer ce qu'il souhaite, passer outre la timidité, pour dire ce qu'il veut ou ne veut pas.	- Se sentir forcé. - Ne pas réussir à imposer ses choix. - Être déçu du résultat, sentir la situation aggravée. - Peur du regard de ses amis.
	L'impact sur sa vie		
	- Ne souhaite pas qu'un problème dentaire vienne perturber son apparence physique.	- Met de l'espoir dans les soins, pour booster sa vie sociale.	- Effet esthétique, qui risque d'impacter sa vie sociale.
	Ses émotions		
	- Partage facilement ses émotions, ses craintes ou ses souhaits.	- N'exprime pas facilement ses émotions. - Très renfermé, souvent hypersensible, il prend les choses très à cœur. Faire attention à tout ce que l'on dit.	- N'exprime que très rarement ce qu'il ressent. - Veut donner une image de lui comme quelqu'un de très bien dans sa peau.
Examen physique	L'examen physique n'est pas un acte anodin, car le dentiste franchit une barrière physique et entre dans le cercle privé de l'adolescent. Il faut s'assurer, avant de proposer au patient de passer au fauteuil, d'avoir à la fois bien cerné la personnalité de l'adolescent, son problème biomédical, ainsi que sa perspective personnelle.		
	- Expliquer les gestes principaux, mais surtout ce qui va ou ne va pas. - L'adolescent attend du dentiste des conseils sur des faits diagnostiqués. - Préférer ne pas commencer les soins dans la première séance.	- Expliquer en amont chaque geste, puis pendant l'examen, afin de rassurer le patient. - Expliquer l'intérêt de chaque acte, ou instrument utilisé. - Donner le diagnostic au fur et à mesure, ne pas attendre la fin de l'examen pour dicter une liste exhaustive (l'attente du diagnostic est source de stress).	- Toujours aller dans le sens de l'adolescent, afin de gagner sa confiance pour qu'il se laisse examiner. - Expliquer l'intérêt final de chaque geste afin que le patient accepte l'examen. - Donner le diagnostic au fur et à mesure, afin qu'il soit mieux accepté.
Expliquer et planifier	Cette étape permet de reformuler les points importants diagnostiqués lors de l'examen clinique, mais de manière adaptée au profil d'adolescent, pour que celui-ci adhère aux soins.		
	- Tous les problèmes doivent être exposés de manière stratégique, structurée, concise, par ordre d'importance, comme on le ferait avec un adulte.	- Tous les problèmes doivent être exposés sous un angle positif et encourageant.	- Tous les problèmes doivent être exposés sous forme de conseils, avec des paraboles en lien avec le quotidien de l'adolescent.
	- Ce profil d'adolescent est motivé et veut se soigner, il attend donc un maximum d'informations et de conseils pratiques.	- Ce profil d'adolescent a besoin de gagner en estime ; il faudra, dans un premier temps, valoriser ce qu'il fait de bien, avant d'évoquer ce qui doit être amélioré.	- Ce profil d'adolescent va se bloquer face à toute forme d'autorité ; il faut donc faire en sorte que le besoin de soins ne soit pris ni comme un ordre, ni comme une critique.
	- Utiliser un langage médical vulgarisé, afin que l'adolescent se sente considéré comme un adulte et que son besoin de conseils médicaux soit satisfait.	- Utiliser un langage courant, mais avec des termes simples, afin que l'adolescent comprenne immédiatement le problème, sans avoir à repenser une question derrière (il n'osera sûrement pas). - Éviter tout superlatif qui pourrait générer du stress supplémentaire.	- Utiliser un langage familier dans lequel l'adolescent se reconnaît - Ne pas entrer dans les détails médicaux, cela aurait tendance à alourdir le dialogue et à déconcentrer l'adolescent.

● EN PRATIQUE ●

Expliquer et planifier	- Ce profil d'adolescents souhaite recevoir l'ensemble des informations immédiatement.	- Il est préférable de segmenter les informations.	- Il est préférable de segmenter les informations.
	- L'adolescent étant demandeur de conseils, il fera savoir s'il n'a pas compris un point. Il faudra tout de même s'en assurer par une question simple.	- Confirmation de l'adolescent qu'il a compris toutes les informations, en essayant de lui faire répéter pour l'impliquer et le motiver.	- L'adolescent n'étant généralement pas demandeur de soins, il faudra confirmer avec lui que toutes les informations, et surtout l'intérêt des soins, sont bien compris (c'est ce qui va le motiver).
	- Proposer les solutions d'hygiène orale les plus efficaces, même si celles-ci doivent être contraignantes un temps.	- Proposer des solutions d'hygiène orale efficaces, afin que l'adolescent reprenne confiance au vu des résultats, et puisse s'investir davantage dans la suite des soins.	- La mise en place des techniques d'hygiène orale ne doit pas être trop contraignante. Proposer des solutions faciles qui ne perturbent pas l'emploi du temps du patient.
Terminer l'entretien	Il est important de bien conclure l'entretien, afin de se quitter sur de bonnes bases, d'avoir obtenu un terrain d'entente sur les différentes approches thérapeutiques et de savoir en quoi consistera la prochaine séance.		
	- S'assurer d'avoir : - Répondu à l'ensemble des interrogations du patient. - Donné l'ensemble des éléments pour que le patient puisse de lui-même gérer l'entre-deux rendez-vous et que celui-ci se sente en confiance.	- Observer tous les indices non verbaux qui pourraient indiquer la persistance d'une question / doute, avant de clôturer l'entretien. Si au moment de se quitter, l'adolescent garde des questions en lui, des doutes plus grands risquent de s'installer entre deux séances et il n'abordera pas la séance prochaine de manière sereine, voire ne viendra pas.	- S'assurer de la participation active du patient au programme de soins, ainsi que de sa motivation. Dans le cas contraire, il risquerait de ne pas venir aux prochains rendez-vous.
Construction de la relation	Elle se fait tout au long de l'entretien et dépend à la fois de l'implication du dentiste et de la personnalité de l'adolescent.		
	- Au moyen des comportements verbaux et non verbaux, essayer d'être en phase avec le patient, afin que celui-ci puisse se reconnaître dans la personnalité du dentiste et donc approuver ses conseils.	- Plus l'adolescent est anxieux, plus la relation sera difficile à construire. - Au moyen de comportements verbaux et non verbaux, toujours adopter une attitude rassurante et valorisante pour l'adolescent. - Faire comprendre à l'adolescent que le but du dentiste est de l'aider, qu'exprimer l'ensemble de ses problèmes permet la meilleure coopération.	- Au moyen des comportements verbaux et non verbaux, essayer d'être en phase avec l'adolescent, afin que celui-ci puisse se reconnaître dans la personnalité du dentiste et donc approuver ses conseils. - Faire comprendre à l'adolescent que le dentiste n'est pas un adulte voulant lui imposer un soin, mais un partenaire cherchant à améliorer sa qualité de vie.

Guide d'entretien conçu par le Dr Azoulay Elfassi

2^e prix - Dr Julien Denni



PRIX DE THÈSE
NexDentiste
ufsbcd

Chirurgiens-Dentistes et Rachialgies : Prévalence, Facteurs de risques et Prévention

Les troubles musculosquelettiques (TMS), en particulier dans les régions du bas du dos (lombaire), du haut du dos (thoracique) et du cou (cervicale), sont des maladies fréquentes, fortement associées aux habitudes de travail que l'on retrouve fréquemment chez les professionnels de santé comme les chirurgiens-dentistes. Ils adoptent des postures de travail avec un positionnement fléchi, tourné et inconfortable pour la colonne vertébrale^[1,2].

En France, les TMS représentent 80% des arrêts maladie^[3] avec une prévalence moyenne pour les travailleurs français de 35%. Selon les études, la prévalence rapportée pour notre profession est plus importante et varie entre 60% et plus de 90%^[2,5,6].

Le but de cette thèse a été d'évaluer la prévalence de chirurgiens-dentistes se déclarant souffrir de rachialgies à travers une enquête faite sur Facebook auprès de 1000 chirurgiens-dentistes. Nous avons tenté de préciser quels étages étaient concernés (cervical, dorsal et/ou lombaire) et de recouper ces informations avec l'âge, le sexe, les années d'expérience, la position de travail (assis, debout ou en alternance), le type de siège utilisé et la réalisation ou non d'étirements, afin de préciser d'éventuels facteurs protecteurs ou facteurs de risque.

Matériels et méthodes

Conception de l'étude et sélection des répondants

Nous avons utilisé avec Google® Forms un formulaire en ligne du 15 octobre 2017 au 22 février 2018 relayé et partagé sur le réseau social Facebook. Afin d'éviter les réponses des personnes non-dentistes, ce lien a été rendu visible uniquement sur des groupes privés (à accès restreint) dédiés aux chirurgiens-dentistes français. La collecte des données était anonyme. Les participants étaient informés de l'objectif de l'étude. À chaque fois, un consentement de participation à l'étude a été demandé, et les données ont été traitées conformément à la méthodologie de référence (MR-003) pour la collecte de données, leur conservation et leur protection.

Questionnaire

Les informations collectées étaient les suivantes : âge ; sexe ; années depuis le début d'exercice ; souffrant ou non de douleurs chroniques au niveau du dos ou du cou (la douleur chronique est définie comme une douleur durant depuis plus de 3 mois selon l'OMS [4]) et si oui, l'intensité moyenne de la douleur (sur une échelle de 0 à 10) dans la région lombaire, dorsale ou cervicale ; présence de maux de dos ayant déjà empêché le travail ; la position de travail (majoritairement assis, majoritairement debout, les deux à la fois d'une durée à peu près égale) ; type de siège opérateur (debout, tabouret à genoux, selle, chaise avec dossier complet, tabouret avec accoudoirs, tabouret simple sans dossier) (Fig. 1); réalisation d'étirements : au moins une fois après avoir travaillé tous les jours ou tous les deux jours.

Résultats

Nous avons collecté 1004 questionnaires complets au cours de l'étude : 622 remplis par des femmes (62%) et 382 par des hommes (38%). La plupart des réponses (62,1%) provenaient de chirurgiens-dentistes de moins de 35 ans et travaillant depuis moins de 6 ans (49,2%) (Fig. 2). La prévalence de la douleur chronique était de 77,9%, avec une disparité entre les sexes : 81,83% de femmes et 71,47% d'hommes ($p < 0,05$).

Alors que la prévalence de la douleur chronique n'était pas significativement ($p = 0,10$) associée à l'âge, elle semblait augmenter entre 25 et 55 ans (78,1–83,9%) par rapport au groupe de praticiens de 18–25 ans (72,7%) et plus de 55 ans (71,8%).

La prévalence de la douleur chronique était significativement associée ($p < 0,01$) avec les années de pratique. La prévalence était plus faible chez les chirurgiens-dentistes travaillant depuis moins de 3 ans ou plus de 25 ans comparée aux chirurgiens-dentistes travaillant depuis 3 à 25 ans (tableau 1).

Tableau 1 : Prévalence de la douleur chronique selon les années de pratique et l'âge

La prévalence de la douleur chronique selon les années de pratique a montré des valeurs significativement différentes entre les six groupes ($p < 0,01$). Ce n'était pas le cas avec l'âge, malgré un schéma similaire ($p = 0,10$)

- La douleur chronique a empêché 19,5% des répondants de travailler au moins une fois. Les postures de travail déclarées

Years of practice	Population (% of the full population)	Prevalence of chronic pain in each group (n)	Age	Population (% of the full population)	Prevalence of chronic pain in each group (n)
0–3	331 (33%)	72% (239)	18–25	143 (14%)	72% (104)
3–6	163 (16%)	84% (137)	25–35	481 (48%)	78% (376)
6–10	144 (14%)	81% (117)	35–45	174 (17%)	84% (146)
10–15	103 (10%)	84% (87)	45–55	121 (12%)	79% (95)
15–25	136 (14%)	79% (108)	55 or more	85 (9%)	72% (61)
> 25	127 (13%)	74% (94)			
Full population	1004 (100%)	78% (782)		1004 (100%)	78% (782)

étaient les suivantes : assis principalement à 93,2%, se tenant principalement debout à 1,8% et les deux à la fois à 4,9%. Les praticiens assis ou debout la plupart du temps ont montré des douleurs moins fréquentes (77,7% dans les deux groupes) que ceux changeant de position (82%). Cependant, ce résultat n'a pas été significatif.

- Les sièges de travail les plus fréquents étaient les selles (58,5%), chaises à dossier complet (28,2%) ou tabourets avec accoudoirs (9,3%). Le type de siège n'était pas lié à la prévalence de la douleur.
- Seulement 21% des répondants s'étaient retirés à la fin d'une journée de travail ou après 2 jours de travail, sans association avec la prévalence de la douleur chronique.

Facteurs associés à la localisation et à l'intensité de la douleur chez les chirurgiens-dentistes souffrant de douleur chronique

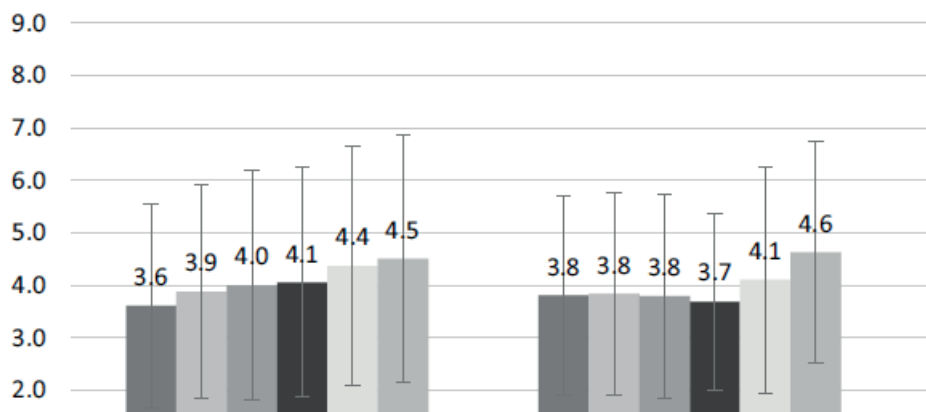
L'intensité moyenne de la douleur, écart type (ET) et significativité (p) selon les facteurs descriptifs sont indiqués dans le Tableau 2. Comparativement aux hommes, les femmes ont signalé des douleurs cervicales et thoraciques plus intenses ($p < 0,05$), alors qu'il n'y avait pas de différence concernant les lombalgies ($p = 0,74$). Vieillir et travailler depuis plus longtemps (avec comme base le groupe 18-25 ans et 0 à 3 ans de travail) étaient significativement associés à une augmentation régulière de l'intensité de la douleur pour toutes les localisations (Tableau 2 et Fig. 3). Les chirurgiens-dentistes empêchés de travailler au moins une fois en raison de la douleur chronique ont rapporté une douleur plus intense ($p < 0,001$) à chaque localisation, en particulier au niveau lombaire. Les chirurgiens-dentistes travaillant en alternant les positions debout et assise ont signalé des douleurs dans le haut et le bas du dos plus intenses que ceux debout ou assis. Le type de siège n'était pas significativement associé à l'intensité de la douleur, avec seulement de légères différences entre les valeurs moyennes.

Tableau 2 : Intensité de la douleur selon le lieu et les facteurs descriptifs importants

p : NS > 0.05 * $\leq$ 0.05; ** $\leq$ 0.01; *** $\leq$ 0.001

	Mean neck pain intensity $\pm$ SD	OR	p	Mean upper back pain intensity $\pm$ SD	OR	p	Mean lower back pain intensity $\pm$ SD	OR	p
Full population	2.6 $\pm$ 2.5			2.7 $\pm$ 2.4			2.9 $\pm$ 2.7		
Population suffering from chronic pain	4.0 $\pm$ 2.1			3.9 $\pm$ 2.0			4.3 $\pm$ 2.3		
Descriptive variables									
Sex									
Men	3.7 $\pm$ 2.1			3.7 $\pm$ 1.9			4.4 $\pm$ 2.2		
Women	4.1 $\pm$ 2.2	1.5	*	4.1 $\pm$ 2.0	1.5	*	4.3 $\pm$ 2.3	1.0	NS
Years of practice									
0–3	3.6 $\pm$ 1.9			3.8 $\pm$ 1.9			4.1 $\pm$ 2.1		
3–6	3.9 $\pm$ 2.0	1.3	NS	3.8 $\pm$ 1.9	1.0	NS	3.9 $\pm$ 2.0	0.9	NS
6–10	4.0 $\pm$ 2.2	1.5	NS	3.8 $\pm$ 1.9	1.0	NS	3.6 $\pm$ 2.0	0.6	NS
10–15	4.1 $\pm$ 2.2	1.6	NS	3.7 $\pm$ 1.7	0.9	NS	4.4 $\pm$ 2.3	1.3	NS
15–25	4.4 $\pm$ 2.3	2.1	**	4.1 $\pm$ 2.2	1.3	NS	4.9 $\pm$ 2.4	2.4	**
> 25	4.5 $\pm$ 2.3	2.5	**	4.6 $\pm$ 2.1	2.3	**	5.4 $\pm$ 2.3	3.9	***
Age									
18–25	3.6 $\pm$ 1.9			3.8 $\pm$ 1.8			4.4 $\pm$ 2.2		
25–35	3.8 $\pm$ 2.0	1.2	NS	3.9 $\pm$ 2.0	1.0	NS	3.8 $\pm$ 2.1	0.6	*
35–45	4.1 $\pm$ 2.2	1.7	NS	3.8 $\pm$ 1.8	0.9	NS	4.1 $\pm$ 2.2	0.7	NS
45–55	4.5 $\pm$ 2.3	2.5	**	4.3 $\pm$ 2.1	1.6	NS	5.4 $\pm$ 2.4	2.8	**
> 55	4.6 $\pm$ 2.5	2.8	**	4.5 $\pm$ 2.1	2.0	*	5.5 $\pm$ 2.2	3.1	**
Pain prevented work									
No	3.8 $\pm$ 2.0			3.7 $\pm$ 1.8			4.0 $\pm$ 2.1		
Yes	4.5 $\pm$ 2.3	2.0	***	4.6 $\pm$ 2.2	2.4	***	5.3 $\pm$ 2.3	3.7	***
Work position									
Sitting	4.0 $\pm$ 2.1			3.9 $\pm$ 1.9			4.3 $\pm$ 2.2		
Standing	2.9 $\pm$ 1.4	0.3	NS	3.8 $\pm$ 1.9	0.9	NS	4.0 $\pm$ 2.6	0.8	NS
Both	3.9 $\pm$ 2.3	0.9	NS	4.8 $\pm$ 2.3	2.4	*	5.1 $\pm$ 2.3	2.4	*
Stretching									
No	4.0 $\pm$ 2.1			3.8 $\pm$ 1.9			4.2 $\pm$ 2.2		
Yes	3.8 $\pm$ 2.2	0.9	NS	4.3 $\pm$ 2.0	1.5	*	4.5 $\pm$ 2.3	1.3	NS

Intensité moyenne de la douleur (0–10) et écart type selon le lieu et les années de pratique



Discussion

Nous avons réussi à recueillir un grand nombre de réponses dans notre étude avec plus d'un millier de répondants, ce qui nous permet d'atteindre des niveaux de significativité statistique élevés par rapport aux précédentes études en France et dans le monde^[6, 7, 11, 12]. Notre population étudiée était jeune et majoritairement féminine. C'est probablement en raison du mode de diffusion de l'étude via Internet et plus spécifiquement via un réseau social notoire. Alors que notre population peut montrer une certaine différence avec la population réelle de chirurgiens-dentistes en France, qui serait plus âgée (âge moyen des 47,4 ans) et plus équilibrée selon le sexe (45,5% des femmes)^[13], le risque de biais est assez improbable puisque nous avons fait la plupart de nos analyses selon l'âge et le sexe. Pour autant, cela peut avoir conduit à un manque de puissance lors de l'étude des groupes de personnes plus âgées, mais cela a été compensé par la taille importante de notre échantillon.

Nos résultats donnent une prévalence de 77,9% de douleurs rachialgiques chroniques avec une proportion plus importante chez les femmes totalement cohérente avec les résultats d'autres études^[2, 7, 8].

L'âge et les années de pratique sont très corrélés et ont également donné des résultats cohérents avec la littérature.^[8, 9] Les sièges sans soutien dorsal semblaient être associés à une augmentation de l'intensité des maux de dos, mais d'autres études sont nécessaires pour atteindre une significativité statistique appropriée. Certaines catégories concernaient moins de 5 répondants dans notre étude. Les études précédentes portaient uniquement sur l'impact qu'avait le siège sur la localisation et non sur la prévalence ou l'intensité de la douleur. La façon dont les sièges sont utilisés et réglés, ainsi que le positionnement, peut entraîner des maux de dos indépendamment du type de siège^[14].

La prévalence des maux de dos augmente rapidement après seulement 3 ans de pratique, et leur intensité ne cesse d'augmenter avec les années. Des mesures préventives doivent être prises dès que possible. L'ergonomie est déjà incluse dans les enseignements^[15], mais ces notions peuvent être négligées par les étudiants qui ne ressentent pas encore de douleurs cervicales, thoraciques ou lombaires. Une conscientisation précoce sur les potentielles douleurs futures est la pierre angulaire pour de futures bonnes habitudes et devrait être mise en avant^[16].

Conclusions

La prévalence des maux de dos est importante chez les chirurgiens-dentistes et augmente rapidement quand ils commencent à travailler. Les postures appropriées devraient être adoptées dès que possible pour éviter des années de douleurs qui perturbent la vie personnelle et professionnelle des praticiens, d'autant plus qu'elles coûtent cher à l'individu et à la société. Nous devons mettre en œuvre des méthodes efficaces de sensibilisation sur les moyens existants pour prévenir les maux de dos chez les étudiants et les jeunes chirurgiens-dentistes. Des études prospectives étudiant les liens possibles de causalité entre les habitudes de travail et l'apparition de maux de dos sur une longue période pourraient participer à identifier des éléments spécifiques modifiables dans la pratique dentaire pour améliorer la santé des chirurgiens-dentistes.

Références

- Heneweer H et al (2011) Physical activity and low back pain: a systematic review of recent literature. *Eur Spine J* 20(6):826–845
- Puriene A et al (2007) General health of dentists. Literature review. *Stomatologija* 9(1):10–20
- L'Assurance Maladie (2019) Comprendre les troubles musculosquelettiques 2019. Cited 11/02/2019. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/tms/comprendre-troubles-musculosquelettiques>
- Treede RD et al (2015) A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 156(6):1003–1007
- Moodley R, Naidoo S, van Wyk J (2018) The prevalence of occupational health-related problems in dentistry: a review of the literature. *J Occup Health* 60(2):111–125
- Hayes M, Cockrell D, Smith DR (2009) A systematic review of musculoskeletal disorders among dental professionals. *Int J Dent Hyg* 7(3):159–165
- Gijbels F et al (2006) Potential occupational health problems for dentists in Flanders, Belgium. *Clin Oral Invest* 10(1):8–16
- Alexopoulos EC, Stathi IC, Charizani F (2004) Prevalence of musculoskeletal disorders in dentists. *BMC Musculoskelet Disord* 5:16
- Gaowgze RA et al (2015) Prevalence of and risk factors for low back pain among dentists. *J Phys Ther Sci* 27(9):2803–2806
- Parot-Schinkel E et al (2012) Prevalence of multisite musculoskeletal symptoms: a French cross-sectional working population-based study. *BMC Musculoskelet Disord* 13:122
- Blanc D (2015) Nous souffrons du dos, des cervicales, des épaules ! Mais comment travaillons-nous ? *Dental Tribune*
- Ginisty J (2002) Résultats de l'enquête relative aux maladies professionnelles des chirurgiens-dentistes. *Bull Acad Natle Chir Dent* 45(4):107–113
- Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Cartographie et données publiques 2018. <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>. 28 Nov 2018
- Plessas A, Bernardes Delgado M (2018) The role of ergonomic saddle seats and magnification loupes in the prevention of musculoskeletal disorders. A systematic review. *Int J Dent Hyg* 16(4):430–440
- Offner D et al (2018) L'enseignement de la santé publique en odontologie : les enjeux d'un diplôme d'études spécialisées (DES) Public health education in odontology: the issues of a specialized studies diploma. *Ethics Med Public Health* 7:7–12
- Fernandez de Grado et al. (2019) Back pain prevalence, intensity and associated factors in French dentists: a national study among 1004 professionals. *Eur Spine J* 28(11):2510–16

3^e prix - Dr Mohamed Kataya



Situation sanitaire bucco-dentaire des réfugiés syriens, Jordanie 2018



PRIX DE THÈSE
NextDentiste
ufsbd

J'ai toujours voulu participer à une mission humanitaire. C'est quelque chose d'incroyablement altruiste. Mais comment, où et quand ?

Pouvoir le faire en tant que professionnel de santé permettait un investissement supérieur.

Étant né en Syrie, je suis très sensible aux événements dramatiques que ce pays subit depuis maintenant près d'une décennie. Pouvoir intervenir et aider ce pays accentuait mon vœu.

À la fin de mes études, suite à une prise de contact avec une association américaine réalisant des missions humanitaires multidisciplinaires destinées aux réfugiés syriens et une fois ma candidature retenue, l'idée m'est venue d'essayer d'en faire un sujet de thèse en accord avec mon directeur de thèse, le Dr Foray. Petit à petit, germait en moi l'idée d'y associer une présentation orale sous la forme d'un documentaire, que vous retrouverez sur ma chaîne Youtube (Dr Kataya Mohamed).

L'objectif de ce travail a consisté à décrire la situation sanitaire bucco-dentaire des réfugiés syriens, ainsi que de relever les répercussions de la guerre sur celle-ci. Nous avons évalué la santé bucco-dentaire de la population vivant dans le plus grand camp de réfugiés au monde, le camp Al Zaatari en Jordanie. Nous avons établi des statistiques pour pouvoir comparer la situation avant / après la guerre. Il apparaît incontestablement que la santé bucco-dentaire des Syriens a été affectée par le conflit en comparant les indices CAO.

Le court-métrage complète et permet une immersion dans le cœur de la thèse, au plus proche de l'action et des soins. Il permet d'apprécier la prise en charge du jeune patient qui n'a jamais consulté de chirurgien-dentiste, d'observer des cas cliniques enfants comme adultes, de voir les conditions d'exercice dans lesquelles nous avons évolué, le matériel à notre disposition, ainsi que l'organisation de la clinique et du camp, devenu une véritable ville.

La population soignée concernait une majorité d'enfants (environ 80%) présentant majoritairement un syndrome polycarieux. D'autres pathologies, diverses et variées, pouvaient être observées allant de la simple consultation esthétique à la suspicion d'une leucoplasie tabagique. Le matériel à disposition était remarquablement complet : beaucoup d'instruments, 2 salles de soins, un bloc opératoire, et une salle de réunion transformée en salle d'actes.

Cette expérience humanitaire fut un aboutissement en termes de dévouement, d'empathie, et de solidarité, qualités primordiales pour un professionnel de santé. Elle m'a apporté une vision quelque peu différente du métier en mettant en avant l'aspect relationnel humain. Je retiendrai la fabuleuse reconnaissance des patients, la solidarité des praticiens toutes disciplines confondues pour la cause des réfugiés - dont le parallèle est forcément fait avec la crise Covid – ainsi que les merveilleuses rencontres.

Je souhaite de tout cœur un avenir meilleur pour la Syrie et remercie l'ensemble des participants et organisateurs.

3M Solutions pour le Soin Oral Professionnel

Pour faire du bonheur, la finalité du soin.

Pour vos patients, le bonheur signifie passer peu de temps au fauteuil et sortir du cabinet dentaire avec un sourire qu'ils sont fiers d'arborer. Pour vous, ce sont des protocoles simples et fiables qui donnent un rendu prévisible et naturel.

Que vous soyez à la recherche d'esthétisme, de productivité ou de simplicité, faites l'expérience du bonheur avec votre patient, grâce aux solutions 3M pour la restauration composite.

Pour plus d'informations, contactez-nous sur :
www.3mfrance.fr/dentaire



Formation

En mouvement

En pratique

Formation

Santé Publique



« Co-pilotez la stérilisation » : impliquez votre assistante dans la sécurité sanitaire de votre exercice (obligation de revalidation tous les 5 ans).



Soyez prêt à gérer toutes les situations d'urgence médicale avec l'AFGSU 2.



Dépistez et passez à l'action en orthodontie afin de donner toutes les chances à vos patients



Maîtrisez le traitement précoce de dysmorphoses par l'Éducation Fonctionnelle en ODF.



Soyez confiant dans vos anesthésies à 100 %.



**DPC d'une journée :
l'ANDPC prend en charge
les frais pédagogiques
à hauteur de**

392 €

et vous percevez

315 €



**Pour les thèmes prioritaires,
le FIF PL vous rembourse**

300 €

**pour une journée
de formation**



210 € :

**prise en charge par OPCA
PEPSS/Actalians pour une
formation (re)validante
en stérilisation**



756 €

**remboursés par Actalians
pour un salarié participant
à une formation Gestes et
Soins d'Urgence niveau 2**

Se former tout au long de sa vie !

La formation continue tout au long de la vie professionnelle est un enjeu dans tous les métiers, d'autant plus pour les professionnels de santé. Elle permet d'assurer un exercice adapté aux nouveaux enjeux de santé, et aux évolutions technologiques. D'un point de vue personnel, elle permet aussi de développer ses compétences relationnelles et de confronter sa pratique aux dernières données acquises de la science pour garantir une prise en charge pertinente d'un point de vue médical et sanitaire pour vos patients.



Urgences médicales
au cabinet dentaire

Soyez prêts à prendre en charge une situation médicale à risque!



L'attestation Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU), intégrée à la formation initiale des chirurgiens-dentistes et assistants dentaires, est aussi une nécessité pour tous les professionnels déjà en activité. Au-delà de l'obligation de moyens du chirurgien-dentiste en cas d'accident et d'expertise médico-légale, cette formation offre un apport personnel essentiel au quotidien pour être en mesure d'avoir à tout moment, face à une situation d'urgence médicale, la bonne attitude et d'apporter les bons gestes.

L'intégration des assistants dentaires dans le dispositif s'impose comme une évidence, le dernier avenant de la convention collective des cabinets dentaires (juillet 2019) l'entérine par une obligation de formation pour exercer. De plus, ils ont accès au même niveau de formation (niveau 2) que les chirurgiens-dentistes depuis leur présence au Code de la Santé publique (4^e partie du CSP – loi 2016-41 du 26

AFGSU 2

Formation initiale: **3 jours**

Formation de revalidation: **1 jour** tous les **4 ans**

FOCUS

2,1 événements⁽¹⁾,
c'est l'incidence des
urgences médicales
par dentiste et par an.

**1 praticien sur 20 devra faire
face à un patient en arrêt
cardiaque au fauteuil au
cours de sa carrière.**

(1) Enquête nationale menée en 2012 sur
un échantillonage de 25 535 dentistes
et parue dans la revue *Médecine Buccale
Chirurgie Buccale*

janvier 2016, article L. 4393-8 du CSP).

Face à une urgence médicale au cabinet dentaire, chaque membre de l'équipe doit savoir réagir au mieux. Le rôle du chirurgien-dentiste n'est pas d'établir un diagnostic précis, mais il a le devoir de savoir analyser la situation et mettre en œuvre les premiers gestes permettant de garantir la sécurité de son patient en attendant l'arrivée des secours avec l'aide de son assistant(e).

Les urgences médicales au cabinet dentaire (AFGSU 2)

Savoir agir face aux situations d'urgence permet d'améliorer le pronostic de nos patients en raccourcissant les délais de prise en charge. Une formation courte (l'AFGSU sur trois jours) est indispensable pour faire face à l'urgence de façon efficace.

Le programme de formation

3 JOURNÉES DE FORMATION POUR L'ÉQUIPE DENTAIRE
9H-17H30 (PAUSES ET DÉJEUNERS INCLUS)
FORMATEURS HABILITÉS CESU DE FRANCE

PLACES LIMITÉES
 À 12 PARTICIPANTS PAR SESSION
 NOMBREUX ATELIERS PRATIQUES

SUITE À LA PÉRIODE DE CONFINEMENT,
 LES ÉCHÉANCES DE REVALIDATION
 TOUTES LES 4 ANS SONT PROLONGÉES
 DE 6 MOIS

JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3
Conforme à la réglementation (arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'AFGSU) et adapté à l'exercice en cabinet dentaire (recommandations émises par l'UFBD et l'ANCSU en mars 2008)		
Urgences potentielles II • Malaise vagal • Hypoglycémie • Crise d'asthme • Douleur thoracique • Accident Vasculaire Cérébral • Convulsions Urgences vitales I • Obstruction des voies aériennes • Hémorragie • Troubles de la conscience • État de choc anaphylactique	Urgences vitales II • Arrêt cardio-respiratoire 2 : le praticien au cabinet dentaire • Arrêt cardio-respiratoire 3 : le praticien dans un lieu public • Arrêt cardio-respiratoire : le praticien dans un cadre privé Urgences potentielles II • Plaies et brûlures • Traumatismes osseux • Accouchement inopiné	Rappels et nouvelles mises en situations pratique • Urgences collectives • Les plans de secours • Risques biologiques et chimiques • Questions-réponses • Évaluation de la formation

Bulletin
 d'inscription
 CLIQUEZ ICI

Objectifs pédagogiques :

- Permettre d'acquérir les connaissances pour reconnaître une situation d'urgence.
- Alerter précocement les services de secours et intervenir en sécurité au cabinet.
- Apprendre à gérer son stress face à une situation d'urgence.

Les urgences médicales au cabinet dentaire (AFGSU 2) (12 personnes maximum par session)	
☐ Praticien adhérent 780 €	☐ Non adhérent 850 €
☐ Assistant(e) adhérent(e) 680 €	☐ Non adhérent(e) 720 €
Aix en Provence	3, 4 et 10 septembre 2020
Bordeaux	21, 22 et 23 octobre 2020
La Rochelle	1, 8 et 9 octobre 2020
Montpellier	8, 9 et 15 octobre 2020
Nantes	8, 9 et 15 octobre 2020
Nantes	3, 4 et 10 décembre 2020
Nice	1, 2 et 8 octobre 2020
Paris	10, 11 et 17 septembre 2020 COMPLÉT
Paris	17, 18 et 24 septembre 2020
Paris	8, 9 et 15 octobre 2020
Paris	10, 11 et 17 décembre 2020
Strasbourg	17, 18 et 24 septembre 2020

Vous avez suivi une formation pour obtenir l'AFGSU 2 il y a bientôt 4 ans. Afin de renouveler sa validité pour 4 nouvelles années, vous avez l'obligation de réactualiser vos connaissances lors d'une journée de revalidation. Passé ce délai, il vous faudra refaire la formation initiale.

Revalidation AFGSU (12 personnes maximum par session)	
☐ Praticien ou assistant(e) adhérent 360 €	☐ Non adhérent 392 €
La Rochelle	17 septembre 2020
Nantes	10 septembre 2020
Nantes	17 septembre 2020
Paris	10 septembre 2020 COMPLÉT
Paris	24 septembre 2020
Paris	8 octobre 2020
Paris	22 octobre 2020
Strasbourg	17 septembre 2020
Strasbourg	1 ^{er} octobre 2020
Strasbourg	19 novembre 2020

Un patient impossible à anesthésier n'est pas une fatalité



Profitez de cette formation pour échanger sur votre pratique et améliorer l'expérience de vos patients



Pour les patients, le dentiste idéal est « celui qui ne fait pas mal », qui est capable de rassurer et prévenir la douleur. La douleur, en tant qu'expérience émotionnelle, génère de l'angoisse qui se transmet à l'ensemble de l'équipe soignante et complexifie la prise en charge. Assurer une bonne anesthésie permet de travailler plus sereinement et d'aborder des séquences de soins plus longues.

En dehors de la formation initiale, peu de moments sont proposés pour réactualiser les pratiques. C'est le premier acte de nos soins en chirurgie. C'est aussi lors de l'anesthésie qu'au paroxysme des tensions, le patient peut faire un malaise ou autre accident aigu. En effet, l'anesthésie rime avec « piqure » dans l'esprit des patients, cristallise les phobies et constitue l'étape à laquelle on gagne ou perd la confiance du patient. Trop souvent, l'anesthésie est effectuée selon de mauvaises habitudes et lorsqu'il y a échec, le praticien est désespéré. Récemment, un décès chez une patiente après une forte dose d'anesthésiques locaux a soulevé le problème de la méconnaissance de leur pharmacologie.

Cette formation se veut comme une révision de l'ensemble des bases physiologiques, pharmacologiques et anatomiques nécessaires pour que le praticien puisse assurer une anesthésie efficace en toute sécurité. Une revue des recommandations sur l'usage des vasoconstricteurs ou de certains types d'anesthésies permettra d'en sécuriser l'exercice.

Quelles molécules choisir ? Quand utiliser les vasoconstricteurs ? Quelles techniques sont indiquées selon les cas ? Tout est passé en revue.

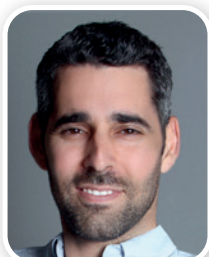
FOCUS

L'anesthésie dentaire est l'acte opératoire le plus stressant pour les patients. Cette peur de la douleur opératoire non traitée est une des premières raisons du renoncement aux soins à la suite d'une mauvaise expérience du patient.

Si l'on évoque le code de la Santé publique : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte et traitée ». Article L.1110-5 du CSP version 2002. Mais nous pouvons aller plus loin et envisager que tout chirurgien-dentiste a le droit de donner des soins dans la sérénité et la confiance. Éviter le stress partagé de la douleur rebelle sera un des objectifs de cet enseignement.



Toujours réussir ses anesthésies



Le mot du formateur-expert UFSBD, Dr Yordan Benhamou,

“ Qui ne s'est pas retrouvé désemparé face à un patient impossible à anesthésier ? Comment réussir à 100 % les anesthésies locales et sans douleur avec du matériel conventionnel ? Cette formation profondément clinique fait appel à des bases pharmacologiques, physiologiques et des techniques d'anesthésiologie pour vous fournir les clés de la réussite en anesthésie ». Dr Yordan Benhamou.

Le programme de formation

1 JOURNÉE DE FORMATION POUR LES CHIRURGIENS-DENTISTES

9H À 12H30 - 14H À 17H30

FORMATEUR : Dr Yordan Benhamou

1 JOURNÉE EN CLASSE VIRTUELLE

Explorer les éléments fondamentaux

- La physiologie de la douleur
- Les rappels anatomiques
- La pharmacologie des anesthésiques locaux
- L'apport des nouvelles molécules antagonistes de l'anesthésie

Actualiser les bases cliniques

- Bilan préanesthésique : détecter les patients à risque, contre-indications des vasoconstricteurs et de certaines anesthésies
- Techniques d'anesthésie locale : principes et indications/contre-indications
- Techniques d'anesthésie régionale au maxillaire
- Techniques d'anesthésie régionale à la mandibule

Bases thérapeutiques : oxygéologie

- La trousse d'urgence au cabinet dentaire
- Les accidents post-anesthésie et conduite à tenir

Objectifs pédagogiques :

- Une actualisation autour de l'acte le plus fréquent au cabinet : ne plus rater une anesthésie
- Savoir sélectionner la technique et les produits les plus adaptés à la situation clinique
- Prévenir les situations à risque et savoir agir en cas d'effets secondaires
- Intégrer l'usage des molécules antagonistes de l'anesthésie
- Gagner en sérénité sur un acte anxiogène

cl@sse Virtuelle
ufsbd



PROCHAINE SESSION
JEUDI 1^{ER} OCTOBRE 2020

Bulletin d'inscription
CLIQUEZ-ICI

Une formation sur mesure pour une délégation « stérilisation » sécurisée



Pratiques professionnelles, process, nouvelles obligations,... l'environnement du cabinet dentaire se renouvelle et progresse en permanence. La formation reste un vrai levier pour que toute l'équipe assure avec efficacité et sécurité son rôle au sein du cabinet.

L'hygiène et l'asepsie : les incontournables du cabinet dentaire

Véritables obligations, tant professionnelles que morales, vis-à-vis de vos patients et de votre exercice, l'hygiène et l'asepsie font totalement partie de l'organisation de votre cabinet. Si vous déléguez évidemment ces étapes à votre/vos assistant(e)s dentaires, vous restez pour autant co-responsable lors de contrôles et d'incidents. Cette délégation de tâches implique que vous soyez assuré(e) d'avoir des collaborateurs toujours formés aux dernières techniques proposées.

Une formation obligatoire tous les cinq ans... pour une sécurité sanitaire garantie

Si l'appui dont vous bénéficiez au fauteuil s'opère toujours sous votre directive, à l'inverse, en salle de stérilisation, votre assistant(e) dentaire agit de façon autonome et responsable sur les conditions de la mise en œuvre d'un enjeu essentiel du cabinet qu'est la sécurité sanitaire. En matière de stérilisation, les pratiques, les méthodes et les outils évoluent à un rythme plus ou moins soutenu. Obligatoire dans la Convention Collective dès aujourd'hui pour tou(te)s les aides et assistant(e)s dentaires, la formation « Stérilisation » devra être renouvelée tous les cinq ans. Elle fournira aux stagiaires des clefs de compréhension et d'application actualisées sur les derniers standards et bonnes pratiques en matière de stérilisation.

Afin de répondre à votre obligation employeur, l'UFSBD propose une formation 100 % en ligne et validante pour vos aides et assistant(e)s dentaires

« (Co)-piloter la stérilisation au cabinet dentaire » : une Formation en ligne, interactive et ludique. Complémentaire de l'apprentissage en Formation initiale, elle s'organise autour de six modules thématiques, de la gestion du risque infectieux à la gestion des locaux.

- Cette formation est disponible à partir de n'importe quel navigateur Internet et propose à l'apprenant un parcours non linéaire qu'il construit en début de formation grâce à un test de positionnement.

- Le découpage en chapitres permet de suivre cette formation sur plusieurs jours, en fonction du planning du cabinet.
- La formation est d'une durée de 7 heures.
- « Marilyn », assistante dentaire qualifiée en activité depuis plus de 15 ans, accompagne chaque parcours pédagogique et se positionne en véritable « coach » : pour allier acquisition des savoirs et motivation !
- Durant les 12 mois après la formation, il est possible de revoir certains chapitres et de solliciter la tutrice sur des conseils et d'avoir un accès permanent à la banque documentaire.

Première formation disponible pour répondre à la nouvelle obligation, elle est validante et prise en charge par Actalians. Alors n'hésitez plus et inscrivez votre assistant(e) dentaire !

Bulletin d'inscription CLIQUEZ-ICI

ET POUR VOUS PRATICIEN

Nous avons également pensé à vous, chirurgien-dentiste, avec une formation Stérilisation qui vous est dédiée : que vous ayez ou non un(e) assistant(e) dentaire, cette Formation est faite pour vous !

Les clefs de la stérilisation pour assumer sereinement votre responsabilité de praticien (Programme intégré DPC)

Formation 100 % en ligne

6 heures de cours sur 1 mois, où vous voulez, quand vous voulez !
+ 2 heures d'analyse de vos pratiques

Bulletin d'inscription CLIQUEZ-ICI



Animée par des praticiens en activité, l'UFSBD se réinvente sans cesse et s'adapte à vos attentes car elle les connaît bien. Pour la rentrée nous vous proposons pas moins de 12 thématiques de formation en Cl@sse Virtuelle, dont 9 au format DPC.

Ce nouveau format vous offre le même niveau de qualité pédagogique et la même interactivité que nos formations présentiels... sans vous déplacer !

Vous n'avez que l'embarras du choix !

Les pathologies DPC
 de la muqueuse buccale :
 savoir bien agir selon
 le degré d'urgence
 et de gravité

10/09/2020

**Toujours réussir
 ses anesthésies** DPC

01/10/2020

Savoir prendre DPC
 en charge les patients
 à risques médicaux
 avec les dernières
 recommandations

05/11/2020

**Les clefs de la Prophylaxie
 Dentaire Individualisée :** DPC
 prévenir les pathologies
 carieuses, parodontales
 et érosives

19/11/2020

**Prescriptions
 médicamenteuses en
 médecine bucco-dentaire :** DPC
 comment prescrire au
 mieux ?

22/10/2020

**Une journée pour
 apprendre à traiter
 une parodontite** DPC

09/12/2020

**Formation clinique au
 traitement du SAOS et du
 ronflement par Orthèse
 d'Avancée Mandibulaire**

08/10/2020

**Revalidation
 obligatoire des
 chirurgiens-dentistes
 à la radioprotection
 des patients**

17/09/2020

CONE BEAM : DPC
 Pertinence des prescrip-
 tions et interprétation
 des examens
 (formation validante)

24/09/2020

**Bien vivre les actualités
 réglementaires :**
 conjuguer obligations
 et optimisation

03/12/2020

MODULE 1
 Rôle de l'omnipraticien
 face au dépistage
 en ODF

01/10/2020

MODULE 2
 Attitudes thérapeutiques
 orthodontiques
 au travers des âges

15/10 - 12/11 - 10/12/2020

Formation **EN DIRECT** : 9 h 00 - 12 h 30 / 14 h 00 - 17 h 30

Pour connaître le programme de chaque Cl@sse Virtuelle et pour vous inscrire :

CLIQUEZ ICI !

UFSBD FORMATION - 01 44 90 93 91/94 ou par mail à formation@ufsbd.fr

Formation obligatoire pour les assistant(e)s et aides dentaires

(co)-pilotez la stérilisation au cabinet dentaire !

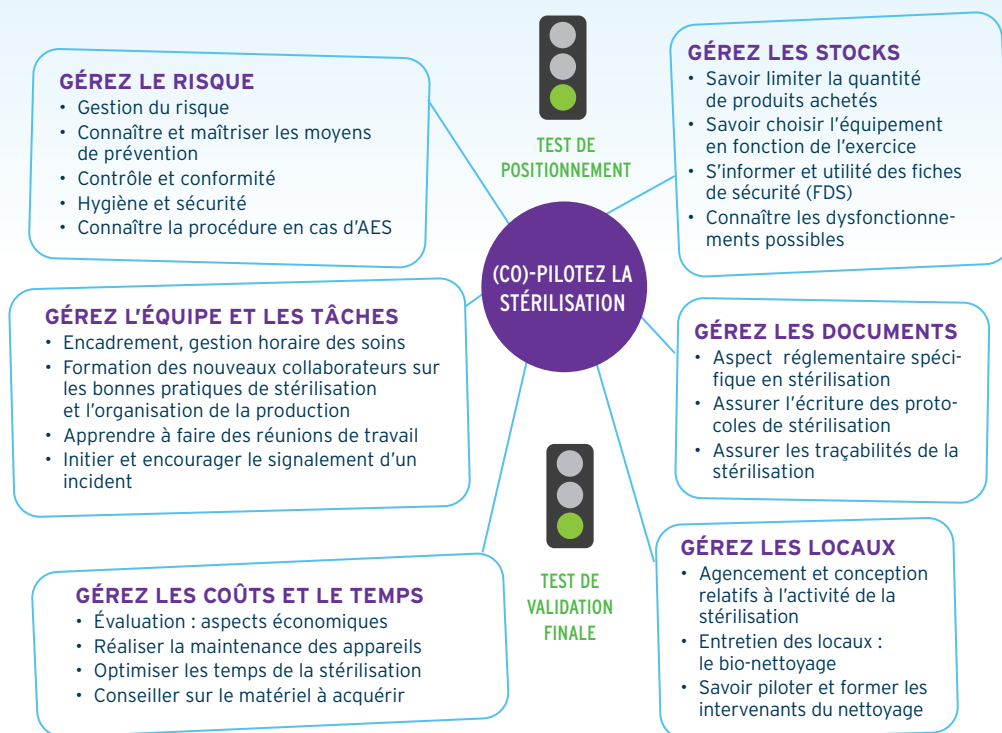
FORMATION
100%
EN LIGNE

- Formation **dynamique et ludique** d'une durée de **7 h** à réaliser à votre rythme
- **Choix de l'ordre des modules**
- Nombreux jeux et tests pour **évaluer votre progression**
- **En bonus**, toutes les pages sont imprimables
- Accès à une « **bibliothèque** » **enrichie** de documents, procédures...
- Possibilité de **poser des questions à votre tutrice pédagogique**



Validation de votre obligation à renouveler tous les cinq ans

Programme validé par la CPNE-FP des cabinets dentaires¹



SATISFACTION STAGIAIRES LES PREMIERS CHIFFRES...

95 %
ont fait évoluer
leurs connaissances

89 %
ont trouvé le parcours
pédagogique intuitif

92 %
recommandent
la formation

85 %
ont trouvé les cours
pertinents et adaptés

83 %
ont trouvé
les enseignements
applicables facilement

210 € → 100 % prise en charge OPCO EP

INSCRIPTION EN LIGNE
CLIQUEZ ICI



Dès votre inscription en ligne :

- Vous recevez en retour un mail contenant le lien de démarrage de la formation, ainsi que vos identifiants : il est important de bien renseigner l'adresse mail car elle servira à tous les échanges. Vérifiez vos spams.
- Vous pouvez démarrer la formation : vous avez un mois pour réaliser sept heures de formation.
- La plateforme reste accessible six mois si vous souhaitez y retourner.
- Pour obtenir le remboursement de la formation, connectez-vous sur <https://www.opcoep.fr/> et remplissez une demande de prise en charge.

Vous avez des questions ? Contactez-nous !

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



UFSBD FORMATION - 7 rue Mariotte 75017 Paris
Siret : 784 719 247 00057
n° d'organisme de formation : 117 523 720 75

Formation à l'interception précoce en omniopraticque : passez à l'action à votre rythme avec notre cycle



classe Virtuelle
ufsbd



L'UFSBD inaugure une nouvelle formation à destination des omniopraticiens, pour leur permettre d'accompagner le développement de leurs jeunes patients efficacement.

On parle de plus en plus d'interception précoce et fonctionnelle en Orthopédie dento-faciale. En conjuguant cela avec l'extension du dispositif M'T dents à 3 ans qui incite à fréquenter le cabinet plus tôt, cela positionne l'omniopraticien comme un acteur de première ligne pour le dépistage, mais aussi la mise en œuvre d'une interception fonctionnelle dans certaines situations. Cette approche « écologique », permettant d'optimiser le potentiel de développement de l'enfant, s'intègre parfaitement dans le suivi que peut réaliser l'omniopraticien.

Au-delà de la sensibilisation en une journée des praticiens aux éléments de dépistage précoce des dysmorphoses, ils restent souvent désarmés quant à la prise en charge à réaliser. C'est ainsi que nous avons conçu ce cycle de 3 jours pour aller plus loin. Il va leur permettre d'en acquérir les bases fondamentales, mais aussi les éléments de sa mise en place à leur cabinet.

Les formateurs

Dr Michel LE GALL

Spécialiste qualifié en Orthopédie dento-faciale
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier - Doctorat en Mécanique énergétique
Habilitation à diriger la Recherche

Dr Camille PHILIP-ALLIEZ

Spécialiste qualifié en Orthopédie dento-faciale
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier temps plein

Dr Damien DORISON-BACHET

Spécialiste qualifiée en Orthopédie dento-faciale
Assistante hospitalo-universitaire

Formations en classes virtuelles en direct

CYCLE COURT 1 JOUR

Module 1 - 1^{er} octobre 2020

Rôle de l'omniopraticien face au dépistage en ODF

Notre conseil : privilégiez une prise en charge DPC si votre crédit est suffisant pour bénéficier d'une prise en charge des frais pédagogiques de 392 € et d'une perte d'exploitation de 315 €

Tarif 392 €

Tarif adhérent 360 €

CYCLE LONG 4 JOURS

Module 1 / 1 JOUR - 1^{er} octobre 2020

Rôle de l'omniopraticien face au dépistage en ODF

Module 2/3 JOURS - 15/10 - 12/11 et 10/12 2020

Attitude thérapeutique orthodontique au travers des âges

Notre conseil : pour bénéficier de 1 084 € de prise en charge + 360 perte exploitation
Possibilité de prise en charge FIF PL et DPC

Tarif 1 350 €
soit 337,50 € par jour

Tarif adhérent 1 200 €

Pour vous inscrire
CLIQUEZ-ICI

Apport de l'éducation fonctionnelle à notre arsenal thérapeutique



Découvrez les 2 cas cliniques

Article rédigé par le Dr Michel Le Gall

La prévention et le traitement de l'encombrement dentaire et des malocclusions sont restés longtemps l'objectif principal de la profession orthodontique. La majorité des praticiens ne pensait avoir aucun rôle à remplir dans le traitement des dysfonctions associées. Rares ont été les orthodontistes qui envisageaient, en effet, la possibilité d'une relation pathogénique non seulement entre les différentes dysfonctions, et malocclusions, mais aussi entre persistance de ces dysfonctions après orthodontie et récurrence de ces malocclusions. Or, comme l'a dit si justement Talmant, suffit-il de nier l'existence de ces relations pour résoudre les difficultés posées, lesquelles sont bien réelles ? Il n'y a pas d'âge pour mettre en œuvre une thérapeutique orthopédique. On ne parle pas ici d'une technique multi-attaches, mais bien d'un concept dans lequel l'examen clinique est fondamental.

L'individu est considéré dans sa globalité, les phénomènes de croissance et de maturation sont intégrés de façon à placer la technique au service du traitement et non l'inverse, et ce afin de respecter une valeur fondamentale : l'équilibre ou l'harmonie. En tant que spécialiste, il est impératif que notre arsenal thérapeutique s'adapte au profil du patient, son âge, son contexte fonctionnel et sa dysmorphie, qu'elle soit squelettique ou dentaire.

Les recommandations de l'HAS de 2004 sont claires à ce sujet. L'âge optimal du traitement ne peut être fixé uniquement « en fonction de l'anomalie ». D'autres facteurs doivent être pris en compte pour le déterminer, tels que :

- L'état général ;
- Les conditions psychiques et sociales ;
- L'âge dentaire ;
- Le stade de croissance et de maturation ;
- Les anomalies associées.



Relèvent d'un traitement en denture temporaire (dès 3 ans) :

- Les anomalies fonctionnelles. Leur traitement est souvent pluridisciplinaire. Le début est lié au degré de compréhension, de coopération et de maturation psychomotrice de l'enfant (attention, trouble de l'hyperactivité et du déficit de l'attention) ;
- Les anomalies de l'occlusion qui présentent une incidence fonctionnelle (pro et latérogissements mandibulaires) ;
- Les anomalies des procès alvéolaires, dans certains cas ;
- Les anomalies des bases osseuses.

Relèvent d'un traitement en denture mixte :

- Les anomalies dentaires (traitements interceptifs des dysharmonies dento-maxillaires, des inclusions, etc.) ;
- Les anomalies dento-alvéolaires ;
- Et certaines anomalies des bases osseuses ;

Relèvent d'un traitement en denture définitive :

- Les anomalies dentaires (anomalies de nombre, de forme, de position et d'évolution),
- Les anomalies dento-alvéolaires y compris certains traitements de compensation.

Tout sujet porteur de dysmorphies crânio-faciales présente des dysfonctions associées. Le rôle de l'éducation fonctionnelle est de prendre en compte l'ensemble des fonctions perturbées, les neutraliser et créer les conditions d'une occlusion fonctionnelle idéale adaptée à chaque patient « *Les chaînes musculaires orofaciales forment une enveloppe élastique tridimensionnelle autour des dents et des mâchoires.* » ⁽⁶⁾

Cette enveloppe, au repos et en fonction, détermine des zones d'équilibre des pressions dans lesquelles les dents et les arcades se positionnent ⁽²⁾. Lors d'un déséquilibre fonctionnel, les modifications morphogénétiques se mettent en place et perdurent. Pour assurer à nos traitements la stabilité dans l'espace et le temps, il faut d'une part normaliser les fonctions, et d'autre part choisir pour la denture des objectifs compatibles avec l'équilibre musculaire obtenu.

« L'objectif clé est d'atteindre un équilibre au sein de la face qui neutralise la matrice fonctionnelle et permette de placer la denture dans la zone neutre. » ⁽⁵⁾

L'éducation de prise de conscience est un élément de « déverrouillage » fonctionnel et donc un élément de l'action mécanique. Elle agit au niveau des dysfonctions essentielles que sont :

La ventilation buccale ou mixte

Fonction prioritaire pour la survie de l'individu, la ventilation nasale, seule physiologique, assure le conditionnement de l'air inspiré indispensable à la régulation des débits, la filtration, l'humidification et le réchauffement de l'air ⁽³⁾. L'excitation paratypique de l'étage respiratoire supérieur (c'est-à-dire stimulation des organes propriocepteurs par le passage de l'air) constitue également pour Planas ⁽⁷⁾ un facteur essentiel pour une croissance correcte.

La « ventilation optimale » est une ventilation spontanée exclusivement nasale au repos y compris la nuit, en décubitus pendant le sommeil selon Talmant ⁽¹⁰⁾.

Pour Gola ⁽³⁾, les troubles de la ventilation induisent des problèmes de déglutition.

Il faut être vigilant car certains ventilateurs buccaux ne présentent ni de contraintes anatomiques, ni physiologiques qui les empêchent de ventiler par le nez. Ils ont simplement pris l'habitude de respirer par la bouche ou bien ils n'ont jamais appris à respirer correctement.

Ce défaut de ventilation entraîne inmanquablement des altérations du sommeil et de la veille pouvant dans certains cas laisser suspecter soit un syndrome de haute résistance soit une forme plus grave, le Syndrome d'Apnée Hypopnée Obstructive du Sommeil.

La déglutition infantile

Chez le nouveau-né, la langue se projette entre les arcs gingivaux, les joues se contractent et viennent au contact des bords latéraux linguaux. C'est la déglutition infantile.

Vers 18 mois, la transition vers la déglutition normale s'effectue grâce à l'abaissement de la langue, la présence des incisives et l'allongement des lèvres.

La modification du mécanisme peut ne survenir qu'un ou deux ans après l'éruption des deuxième molaires temporaires, soit vers quatre ou cinq ans.

Toutefois, entre six et neuf ans, 30 % des enfants présentent encore une déglutition « atypique ».

Le passage de la déglutition primaire à secondaire ne peut se faire en cas de ventilation orale, et une rééducation du comportement lingual ne peut réussir qu'à condition de rétablir la ventilation nasale.

La brièveté du frein de langue empêchant toute élévation de la pointe de la langue devra être solutionné soit par une technique chirurgicale soit par des exercices d'étirement (orthophoniste) avant d'envisager toute modification de son comportement.

La mastication

Les différents auteurs s'accordent pour admettre que les malocclusions s'accompagnent d'une plus grande irrégularité des mouvements mandibulaires.

Selon Planas ⁽⁷⁾, un sous-fonctionnement de l'appareil masticateur ou une mastication incomplète (seulement en ouverture-fermeture) entraîne un sous-développement des maxillaires. [39].

« La mastication normale, c'est-à-dire unilatérale alternée, est elle aussi tributaire d'une ventilation nasale. Chez le ventilateur buccal, le bol alimentaire est habituellement trituré seulement par la langue, favorisant l'hypertrophie linguale. Il est conservé longtemps en bouche ou très rapidement avalé. » ⁽³⁾

La neutralisation de l'enveloppe fonctionnelle comprend, de plus :

- L'élimination des déséquilibres du tonus musculaire : hypertonicité - hypotonicité ; toute anomalie dans la répartition et la situation des forces musculaires antagonistes (centrifuge linguale et centripète labio-jugale) aura une répercussion sur les procès alvéolaires et à terme sur la croissance osseuse ⁽¹⁾
- La suppression des parafunctions telles que la succion (digitale ou d'un linge) ou l'interposition labiale qui viennent favoriser ou aggraver certaines malformations. En cas de béance chez l'enfant jeune, suceur de pouce, il ne faut pas attribuer exclusivement la béance à l'interposition digitale. En effet, le suceur de pouce est souvent un « nez bouché » méconnu, mais reconnaissable à son regard particulier (« œil rond ») ⁽⁸⁾ ;
- L'équilibre de la posture : l'altération des diverses postures cervicales et faciales par tout type de dysfonction peut entraîner n'importe quel type de malocclusion.
- La prise en charge de la phonation. Cauhépé et Fieux ⁽¹⁾ ont montré que les anomalies des appuis musculaires lors de l'articulation phonétique jouent un rôle essentiel dans la genèse des dysmorphoses dento-maxillaires. En fait, les forces exercées par la phonation vont dans le même sens que celles exercées par la déglutition ; ces deux anomalies fonctionnelles étant souvent associées, il est difficile d'isoler leurs effets.

Quand proposer l'éducation fonctionnelle ?

Nous pourrions dire le plus tôt possible. Chez le jeune enfant, en denture mixte ou temporaire, la neutralisation de l'enveloppe fonctionnelle va permettre de rattraper le retard de croissance grâce au temps dont l'enfant dispose pour poursuivre son développement facial.

Chez l'adolescent, notre marge de manœuvre est plus réduite en temps mais toujours possible de par sa situation sur sa courbe de croissance, et plus réduite en efficacité car certaines dysfonctions sont fortement plus ancrées.

« Plus le traitement est précoce, plus il s'adapte à la face. Plus il est tardif, plus la face s'adapte au traitement » (Gugino ⁽⁴⁾)

Avant tout chose, un examen clinique complet avec évaluation des tissus mous cutanés et muqueux, constitution du dossier (moulages, radiographies, photographies), maîtrise de l'exploitation des documents sont nécessaires à l'établissement d'un diagnostic fonctionnel, squelettique et dentaire précis.

La prise de conscience, la motivation du patient et des parents, et l'éducation de ses fonctions font partie de la première étape de tous les traitements.

L'enfant doit recevoir des explications pour être acteur de son éducation. Cette éducation fonctionnelle doit être maintenue durant tout le traitement afin de permettre l'établissement d'une occlusion fonctionnelle ainsi qu'une meilleure stabilité.

Guggino parle de déverrouillage progressif des malocclusions pour normaliser les fonctions ⁽⁴⁻⁵⁾

Il différencie trois grands types de « déverrouillage » ⁽⁵⁾ :

- Fonctionnel ou physiologique (suppression des contraintes néfastes sur les dents en améliorant les comportements, donc la musculature qui modifie alors la forme) ;
- Mécanique (levée des verrous occlusaux) ;
- Psychophysiologique (éducation de prise de conscience).

Ces trois types peuvent être associés et ont pour objectifs :

- L'expression d'une croissance normale ;
- Une meilleure efficacité de la mécanique ;
- une ventilation et une déglutition physiologique ;
- Un équilibre musculaire ;
- Une posture physiologique ;
- Des fonctions articulaires neutres ;
- La possibilité d'une position de relation centrée physiologique ;
- Une correction des habitudes ;
- Une coopération maximale du patient ;
- Et des résultats plus stables.

Cette correction des dysfonctions et parafunctions faisant appel à un processus cognitif volontaire doit tenir compte de la maturation psychomotrice de l'enfant. La réalisation d'une rééducation doit s'adapter aux possibilités de l'enfant :

- Acquisition de la coordination des mouvements ;
- Caractéristiques (force, rapidité, précision) et durée des exercices musculaires demandés ;
- Possibilité de compréhension, de reproduction et de différenciation des exercices.

La bonne acquisition de schémas moteurs fonctionnellement normaux ne peut se faire que lorsque toutes les conditions favorables sont réunies et il faut bien différencier, dans l'action potentielle du traitement orthopédique et/ou orthodontique, ce qui est apporté par l'action purement mécanique du dispositif orthodontique de ce qui est lié à la rééducation volontaire de l'enfant.

Il faut savoir surseoir temporairement à un traitement lorsque les facteurs psychologiques, psychomoteurs, psychosociaux ou l'absence d'une hygiène bucco-dentaire correcte conduisent à un échec dont les conséquences seront pires que l'absence de traitement.

Il est vrai aussi que nous ne voyons pas forcément tous les enfants dès le plus jeune âge. À cela 4 raisons :

- L'état d'esprit de nos anciens pour qui l'approche était strictement mécanique sans prise en charge précoce des fonctions ;
- Le message fortement ancré chez les chirurgiens-dentistes omnipraticiens pour qui il est préférable d'attendre que toutes les dents définitives soient là pour agir ;
- Ce même message est aussi présent chez certains pédiatres et ORL qui, par manque d'informations, ne dépistent pas suffisamment précocement les dysmorphies notamment transversales et les dysfonctions ventilatoires ;
- Enfin, les parents pour qui ne sont redevables d'une consultation orthodontique que l'encombrement dentaire et la proalvéolie.

À l'aube de ce nouveau millénaire, ces différentes positions ou états d'esprit évoluent dans un sens favorable. Tous les acteurs qui gravitent autour de nos enfants sont conscients que la prise en charge précoce, dans quelque domaine que ce soit, est un bien mais aussi une nécessité.

On peut donc considérer que l'éducation fonctionnelle est un outil au service des différentes thérapeutiques. Elle peut s'inscrire :

- En phase Préventive par une neutralisation précoce de la matrice fonctionnelle avec de très bons résultats si l'enfant est actif dans son traitement
- En phase Interceptive par utilisation des guides d'éruption ou en complément de thérapeutiques orthodontiques classiques (Disjoncteur, Quadhélix, arc de base)
- En contention Transitoire entre deux phases thérapeutiques (traitements dits en 2 étapes) ;
- En phase Corrective pendant la phase d'appareillage multi-attaches ;
- En Contention pour un maintien et une pérennité des résultats.

Découvrez les 2 cas cliniques

Bibliographie

1. Cauhepe J., Fieux J., Bouvet J.M. Déglutition et trouble d'occlusion *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1953 ; 54 : 905-912.
2. Chateau M. Orthopédie dento-faciale 1 (bases fondamentales) et 2 (cliniques) Paris : CDP édition (1993).
3. Gola R. La rhinoplastie fonctionnelle et esthétique Paris : Springer-Verlag (2000).
4. Guggino C.F. Introduction à la philosophie bioprogressive Zerobase présente et future *Rev. Orthop Dentofac* 2000 ; 34 : 17-36.
5. Guggino C.F., Dus I. Les concepts du déverrouillage : l'interaction entre forme et fonction *Rev. Orthop Dentofac* 2000 ; 34 : 83-108
6. Lejoyeux E, Flageul F Orthopédie dento-faciale. Une approche bioprogressive. Paris : Quintessence Internationale, 1999.
7. Planas P. La réhabilitation neuro-occlusale Paris : Masson (1992).
8. Talmant J., Rouvre M., Thibault J.L., Turpin P. Contribution à l'étude des rapports de la ventilation avec la morphogénèse crânio-faciale. *Déductions thérapeutiques concernant l'ODF* *Orthod Fr* 1982 ; 53 : 8-181.
9. Talmant J. Ventilation et mécanique des tissus mous faciaux : en guise de préambule *Rev Orthop Dentofac* 1995 ; 29 : 175-188.
10. Talmant J, Deniaud J, Nivet M-H. Définition de la « ventilation nasale optimale. » – mécanismes posturaux – étude clinique et fonctionnelle In: *La dimension verticale. 1 - Ventilation nasale et dimension verticale : bases morphologiques et physiologiques. Orthod Fr* 2003 ; 74(2) : 201-312.

plus d'1,2 million de patients traités avec les dispositifs d'orthoplus

Le Spécialiste Mondial



Découvrez l'Éducation Fonctionnelle sur
www.education-fonctionnelle.fr



étude clinique

Suivi d'utilisation clinique d'une gouttière d'interception indiquée pour le traitement de la dysmorphose dento-maxillo-faciale de Classe II Division 1.

Une étude observationnelle menée chez 81 enfants (52 filles et 29 garçons), âgés de 6 à 11 ans, présentant une malocclusion de Classe II division 1 associée à des troubles fonctionnels de la sphère orofaciale, a montré que débiter le traitement orthodontique précocement en utilisant un éducateur fonctionnel souple permet de corriger efficacement les troubles fonctionnels et d'améliorer les dysmorphoses dento-squelettiques.

Les patients ont porté une gouttière EF pendant 12 mois, à raison de 2h/jour + la nuit, et des exercices de rééducation respiratoire ont été prescrits.

Résultats observés :

CORRECTION DES TROUBLES FONCTIONNELS :

- Correction de la position de la langue au repos ainsi que de l'indice lingual en faveur d'une position haute de la langue,
- Rétablissement de la ventilation nasale physiologique (80% des respirateurs buccaux sont capables de respirer par le nez à M12),
- Baisse de la tension de la lèvre inférieure au repos et en fonction,
- Normalisation du tonus musculaire des buccinateurs,
- Baisse de l'influence négative des buccinateurs sur les incisives inférieures.

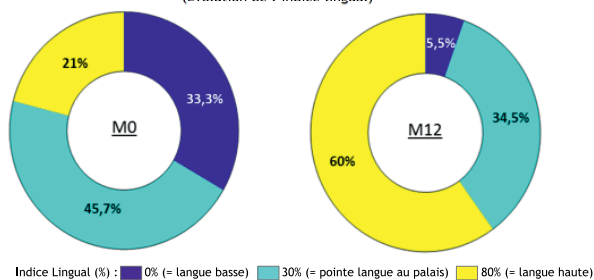
Impact positif
sur le système
cranio-dento-squelettique

CHANGEMENTS DENTO-SQUELETTIQUES :

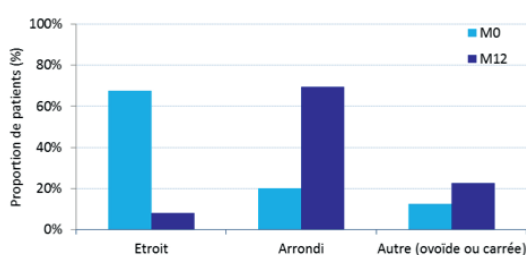
- Changement de forme du maxillaire en croissance (90% des Mx étroits évoluent vers une forme normale à M12),
- Modifications alvéolo-dentaires et squelettiques importantes illustrant une amélioration du décalage antéro-postérieur :
 - Réduction significative du surplomb et du recouvrement incisif
 - Réduction significative de l'angle ANB (par plus d'augmentation de SNB que diminution de SNA), donc libération de la croissance mandibulaire normale de l'enfant

90% d'amélioration des malocclusions de Classe II division 1 après 1 an d'utilisation régulière d'une gouttière EF.

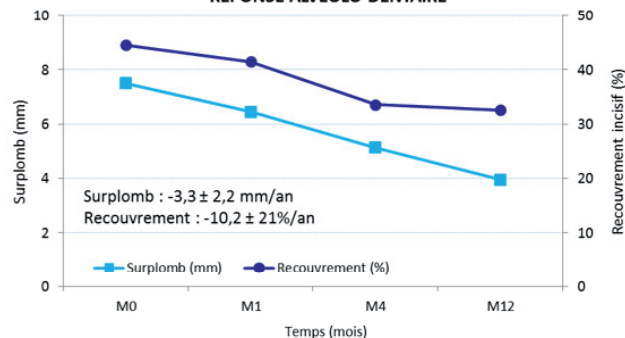
CORRECTION DE LA POSITION LINGUALE
(Evolution de l'indice lingual)



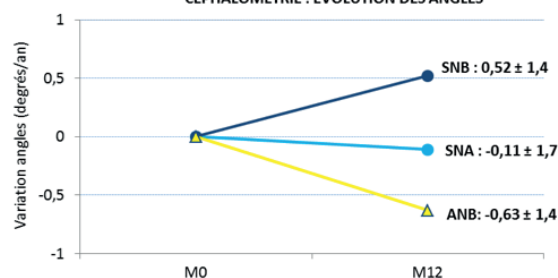
CHANGEMENT DE FORME DU MAXILLAIRE



RÉPONSE ALVÉOLO-DENTAIRE



CÉPHALOMETRIE : ÉVOLUTION DES ANGLES



Conclusion : Cette étude observationnelle a permis de montrer que les éducateurs fonctionnels souples EF Line, de par leurs conceptions, corrigent efficacement les troubles fonctionnels liés à une mauvaise position linguale et permettent d'obtenir des modifications dento-squelettiques positives.

POUR DÉCOUVRIR L'ÉTUDE



orthoplus®
préparons l'avenir

Ons ALOUINI*, Daniel ROLLET

* Auteur pour correspondance : ons.alouini@hotmail.fr

Santé Publique

En mouvement

En pratique

Formation

Santé Publique



Reprise d'activité des cabinets dentaires : ne laissez pas les patients atteints de maladies parodontales de côté.

Dans la crise sanitaire du nouveau coronavirus, le suivi de la santé des Français a été bien perturbé dont leur santé dentaire. Les services hospitaliers ainsi que nos cabinets dentaires ont fermé leurs lits aux patients non urgents et pourtant fragiles du fait de diverses pathologies générales.

À l'heure d'un début de reprise d'activité des cabinets dentaires, souvent la priorité peut être donnée aux patients avec des lésions carieuses ou pertes de restaurations. Mais d'un point de vue médical, il est tout aussi important de reprendre en charge des patients atteints de parodontites.



61%

C'est le nombre de Français qui déclarent saigner des gencives (enquête 2019 UFSBD-PFOC)



87%

des Français négligent leurs espaces interdentaires. (Enquête 2019 UFSBD-PFOC)



PRÈS D'1
ADULTE
SUR 2

présente une parodontite



FAIRE POUR VOUS

C'est se mobiliser quand vous en avez besoin, vous accompagner pour vous permettre d'assurer la continuité de votre activité en vous proposant des formules de **REPORT**.

PROFITEZ DE VOTRE ÉQUIPEMENT
IMMÉDIATEMENT
ET COMMENCEZ À PAYER
EN 2021*

**VOUS AVEZ LA POSSIBILITÉ D'INCLURE
ÉGALEMENT JUSQU'À 20% DU MONTANT
EN FOURNITURES.**

CONTACTEZ VOTRE CONSEILLER HENRY SCHEIN

*Exemple pour un matériel facturé après le 1er juillet 2020 avec un report de 6 mois des mensualités. Offre à partir de 5 000€ de financement. Sous réserve d'acceptation du dossier.

Reprise d'activité des cabinets dentaires : ne laissez pas les patients atteints de maladies parodontales de côté.



Quand on connaît toutes les interactions inflammatoires avec des pathologies générales, les retards de prise en charge de ces pathologies peuvent avoir de lourdes conséquences sur la santé de ces patients. Les chirurgiens-dentistes ont un vrai rôle médical à jouer dans l'accompagnement de ces patients en réduisant leur facteur de risques liés à leur santé bucco-dentaire. Dans le contexte du confinement, beaucoup de patients n'ont pas toujours bien maintenu leur niveau d'hygiène. Le stress, la maladie, le grignotage et le brossage moins bien suivi peuvent avoir des répercussions dans les mois à venir, notamment au niveau parodontal.

Au fil des ans, des preuves qui établissent un lien entre les maladies bucco-dentaires avec de nombreuses maladies systémiques comme le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, les infections des voies respiratoires, les complications de la grossesse et les maladies neurodégénératives, se sont accumulées.

Pour comprendre les effets néfastes de l'inflammation buccale sur plusieurs systèmes d'organes et la capacité des maladies bucco-dentaires à augmenter le risque de développer une maladie non buccale, l'étude de l'association des différents facteurs est fondamentale. Les bactéries de la cavité buccale peuvent provoquer une maladie parodontale qui peut directement contribuer à l'inflammation systémique, en augmentant un état inflammatoire chronique par la libération de toxines, ou par la transmission directe des bactéries dans la circulation sanguine.

La nécessité pour le chirurgien-dentiste de s'inclure dans une prise en charge médicale de ces patients à pathologies chroniques

Dans l'enquête sur le « recours au cabinet dentaire des adultes âgés de 55 ans et plus »⁽¹⁾, qui étudie la situation en France (à partir d'une analyse des données du SNDS), l'analyse détaillée par type de pathologies montre que globalement, les patients atteints de pathologies chroniques recourent de façon très insuffisante au cabinet dentaire, en dépit des liens aujourd'hui bien établis entre de nombreuses affections et la santé

bucco-dentaire. Il est important que localement, le chirurgien-dentiste tisse des liens avec les médecins généralistes. Les taux de recours annuels sont particulièrement faibles pour les personnes atteintes d'un diabète insulino-dépendant (34 %), d'une maladie neurodégénérative, notamment démence et Parkinson (36 %), pour les personnes traitées par neuroleptiques (37 %), en insuffisance rénale chronique terminale (36 %) ou atteintes d'une maladie neurologique ou psychiatrique (38 %).

Un nombre croissant de preuves dans la littérature montre l'impact direct et indirect des pathogènes parodontaux sur l'ensemble de la santé. Les récentes études épidémiologiques, cliniques et expérimentales soutiennent la relation entre la bactériémie, l'inflammation due à une maladie parodontale et une maladie systémique.

(1) - Recours au cabinet dentaire des adultes âgés de 55 ans et plus. Situation en Pays de la Loire et en France à partir d'une analyse des données du SNDS. URPS CD PDL / UFSBD / ORS pays de la Loire

C'est là que notre rôle de sentinelle sera primordial dans les mois qui viennent pour la santé des Français.

À nous de prendre en charge ces patients, sans les mettre de côté car ils ne se plaignent pas de douleur aiguës. Notre tri des « urgences » devra tenir compte des données de santé générale pour soutenir, par nos gestes thérapeutiques et par la mise en place de règles d'hygiène et de prévention rigoureuses, un bon état parodontal. La HAS a d'ailleurs bien mis ces critères en

avant pour la prise en charge des patients chroniques après le déconfinement. Elle demande à tous les praticiens d'être proactifs avec ces patients et de les recontacter s'ils avaient rendez-vous et qu'ils les avaient décommandés.

Des études supplémentaires sont nécessaires pour élucider les mécanismes par lesquels les agents pathogènes parodontaux ou l'inflammation qui en résulte provoquent, ou contribuent, à la maladie systémique. Néanmoins, il est déjà clair que la gestion des maladies parodontales et une hygiène bucco-dentaire appropriée peuvent avoir un impact positif sur la morbidité, la mortalité, les soins de santé et les coûts associés aux maladies systémiques.

Dans ce contexte de crise avec un COVID 19 qui peut toucher ces patients et les affaiblir, nos soins revêtent une importance

primordiale pour les maintenir en bonne santé bucco-dentaire et par conséquent plus résistants aux virus.

Au cabinet dentaire, il est donc nécessaire de bien identifier ces patients pour les accompagner aux mieux, notamment en premier lieu sur l'hygiène interdentaire, encore trop souvent négligée.

Références :

- Fiona Q. Bui Cassio Luiz Coutinho Almeida-da-Silva, Brandon Huynh, Alston Trinh, Jessica Liu, Jacob Woodward, Homer Asadi, David M. Ojcius - Association between periodontal pathogens and systemic disease - Biomedical journal 42 (2019) 27-35.
- Herrera, D. & Meyle, J. Livre blanc sur la prévention et la gestion des parodontopathies au profit de la santé bucco-dentaire et de la santé générale FDI. 22.
- https://www.has-sante.fr/jcms/p_3184022/fr/reponse-rapide-covid-19-accompagner-les-patients-ayant-une-maladie-chronique-et/ou-a-risque-de-forme-grave-de-covid-19-dans-la-levee-du-confinement

Quelques repères

Enquête 2019 UFSBD/PFOC**

**Enquête UFSBD/Pierre Fabre Oral Care sur la santé bucco-dentaire des Français menée auprès de 22 969 Français du 28 décembre 2018 au 10 février 2019

***Source : Hescot P – Bourgeois – Santé parodontale et santé générale en France / UFSBD 2007



75 % des Français pensent que la brosse à dents suffit à éliminer la plaque dentaire.



Seulement 13 % des sondés déclarent nettoyer leurs espaces interdentaires au moins une fois par jour.



61 % des sondés déclarent avoir les gencives qui saignent de temps en temps et **14 %** à chaque brossage.

Pour les patients adultes de plus de 35 ans, près de 80% présentent une pathologie parodontale dont 47% une parodontite chronique. Pour le chirurgien-dentiste acteur du dépistage, cela représente quasiment 1 patient sur 2.

Les facteurs clés de la prise en charge :

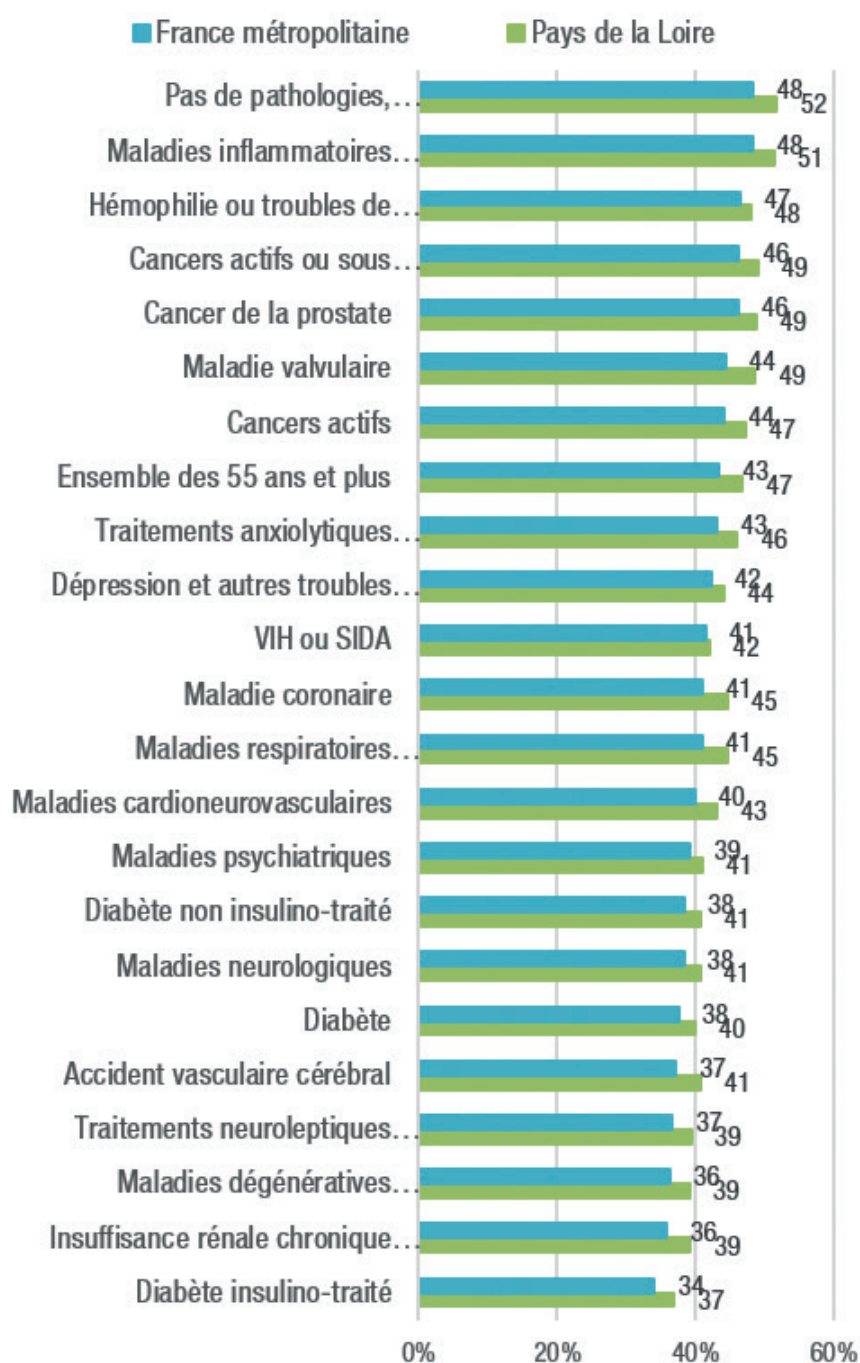
- Dépistage
- Organisation d'un plan de traitement suivi au long cours
- La nécessité de mettre en place une hygiène interdentaire biquotidienne chez ces patients. Pour cela, il est impératif, au-delà de la prescription, que le chirurgien-dentiste puisse appuyer ses conseils par une démonstration et l'éducation en bouche à l'utilisation des brossettes interdentaires.

Données sur le recours au cabinet dentaire des patients avec pathologies chroniques de plus de 55 ans

2017 - personnes ayant une pathologie ou un traitement pris en charge par l'assurance maladie en 2016 - Pays de la Loire, France (2016-2017)

Les taux annuels de recours au cabinet dentaire par an sont de 48% chez les personnes de 55 ans et plus sans pathologies prises en charge par l'assurance-maladie. C'est déjà insuffisant. Malheureusement, ce taux de recours diminue encore lorsque les personnes sont malades. L'analyse détaillée par type de pathologies montre que globalement, les patients atteints de pathologies chroniques recourent de façon très insuffisante au cabinet dentaire, en dépit des liens aujourd'hui bien établis entre de nombreuses affections et la santé bucco-dentaire.

Les taux de recours annuels sont particulièrement faibles pour les personnes atteintes d'un diabète insulino-traité (34 %), d'une maladie neuro-dégénérative, notamment démence et Parkinson (36 %), pour les personnes traitées par neuroleptiques (37 %), en insuffisance rénale chronique terminale (36 %) ou atteintes d'une maladie neurologique ou psychiatrique (38 %).



(1) Proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du RP 2015. Enquête Sources : SNDS-DCIR/ Cartographie médicalisée des pathologies et des dépenses, version G5, année 2016 - exploitation ORS Pays de la Loire, population RG et SLM.

Lecture : En Pays de la Loire, 51 % des bénéficiaires pris en charge pour une maladie inflammatoire chronique en 2016 ont eu au moins un recours au cabinet dentaire en 2017. Cette proportion n'est que de 37 % chez les personnes prises en charge pour un diabète insulino-traité en 2016.

FOCUS SUR QUELQUES DONNÉES SUR LES INTERRELATIONS SANTÉ ORALE ET SANTÉ GÉNÉRALE :

En raison des changements hormonaux, les femmes enceintes sont plus susceptibles de souffrir de gingivite et parodontite. Environ 40 % des femmes enceintes présentent des signes cliniques d'une maladie parodontale. Les infections sont associées à des grossesses difficiles (accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, prééclampsie, fausse-couche, retard de croissance intra-utérin, insuffisance pondérale à la naissance, mort subite du nourrisson et septicémie néonatale 1 à 4).

Plusieurs études observent qu'il existe une relation de cause à effet entre la maladie parodontale et les complications de la grossesse. Cela suggère que des mesures préventives contre la maladie parodontale chez les femmes enceintes sont justifiées.

La cavité buccale, en particulier la salive et la plaque dentaire chez les patients atteints de maladies parodontales, semble être une source évidente et logique d'accumulation des agents pathogènes. Cela touche également les voies aériennes. Plusieurs agents pathogènes oraux ont déjà été impliqués dans des infections pulmonaires. En fait, les individus avec une parodontite sont trois fois plus susceptibles de développer une pneumonie nosocomiale, par rapport aux patients sans parodontite 6, et les germes des parodontites ont été associés à l'asthme, à la bronchite et les maladies pulmonaires obstructives chroniques 5 à 10.

Une étude par méta-analyse portant sur 3183 sujets a montré que les patients atteints de maladies parodontales sont plus susceptibles de développer un cancer buccal. Des études plus récentes ont établi une corrélation entre la maladie parodontale et les cancers du pancréas, de la tête et du cou, et du poumon 11 à 14.

Plusieurs études ont montré que la prévalence et l'incidence aux maladies cardiovasculaires sont considérablement accrues chez les patients avec une parodontite. 15 à 18.

Le diabète sucré (type 2) et la parodontite présentent une association «à double sens» dans laquelle l'un affecte l'autre. L'infection chronique pendant la parodontite peut entraîner une exacerbation et une dysrégulation des réponses inflammatoires, ce qui peut entraîner un mauvais contrôle de la glycémie et l'augmentation des besoins en insuline. Inversement, le diabète peut également favoriser différentes complications comme une mauvaise cicatrisation des plaies, la rétinopathie, la néphropathie, la neuropathie, les maladies vasculaires (infarctus du myocarde, AVC, micro ou macro-angiopathie...) et la parodontite. Le traitement parodontal améliore les symptômes du diabète, confirmant leur association et l'importance de la santé bucco-dentaire pour l'ensemble de l'organisme. 19 à 25

Comme pour le diabète de type 2, la maladie d'Alzheimer et la parodontite présentent une relation bidirectionnelle. Des bactéries telles que l'agent pathogène parodontal *T. denticola* et *C. pneumoniae* ont été détectées dans des cerveaux atteints de la maladie d'Alzheimer post-mortem. Cela suggère que comme les médiateurs inflammatoires, certains agents pathogènes parodontaux peuvent envahir le cerveau en traversant la barrière hémato-encéphalique.

De ces observations, on peut déduire qu'une mauvaise hygiène bucco-dentaire contribue à la parodontite et peut indirectement augmenter le risque de maladie d'Alzheimer. À l'inverse, les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, du fait des déficiences qui s'installent, vont avoir des difficultés à maintenir l'hygiène bucco-dentaire ou même se rendre chez un dentiste pour des soins professionnels. Cela va aussi augmenter le risque de parodontite. Il est tentant d'en déduire que le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire pourrait devenir une mesure prophylactique contre la maladie d'Alzheimer. 26 à 30

TÉMOIN : REPRISE D'ACTIVITÉ ET SOINS DE PARODONTOLOGIE

Interview du Dr Charles Micheau, pratique privée exclusive en parodontologie, Paris



Nos cabinets reprennent une activité après 8 semaines de fermeture.

Passé la mise en œuvre des nouveaux protocoles sanitaires à appliquer pour travailler dans des conditions de sécurité optimales, il faut redonner les rendez-vous

annulés pendant cette longue période. Sachant que nous ne pourrions pas recevoir tous les patients en attente, il est donc nécessaire de proposer quelques pistes pour pallier à cette période complexe.

Il s'agit, en effet, d'un véritable casse-tête : faut-il privilégier les urgences traitées par des ordonnances pendant le confinement ? prioriser les urgences qui vont se manifester après le 11 mai ? et reprendre parallèlement les traitements laissés de côté pour permettre d'éviter les complications associées à leur arrêt ?

Quant aux traitements parodontaux, plus spécifiquement, on est confronté à la même problématique. Les urgences en parodontologie sont peu nombreuses mais nécessitent une prise en charge rapide et efficace.

L'urgence infectieuse : l'abcès parodontal le plus fréquent est une inflammation purulente, le plus souvent aiguë et localisée, entraînant une destruction rapide des tissus de soutien.

Le traitement consiste, chez un patient en bonne santé, à un débridement mécanique associé à une irrigation sous-gingivale d'antiseptique (polyvidone iodée ou peroxyde d'hydrogène).

Compte tenu des contraintes liées à la crise sanitaire, une prescription d'antibiotique pourra exceptionnellement se substituer au débridement par le chirurgien-dentiste [métronidazole 500mg 3 fois par jour pendant 7 jours ou de l'azythromycine pendant 3 jours (cette molécule peut être indisponible)]. Les parodontites nécrosantes ont des facteurs prédisposants qui sont en forte augmentation pendant

cette phase de confinement : le tabac et le stress. On remarque une recrudescence de leur prévalence. Le tableau clinique est très évocateur : douleurs gingivales sévères, décapitation des papilles interdentaires, présence d'un enduit pseudo-membraneux et souvent une halitose importante.

Le traitement d'urgence consiste en une détersion mécanique avec l'adjonction d'eau oxygénée. Si des signes généraux sont associés (adénopathie, fièvre) une antibiothérapie avec du métronidazole (500mg 3 fois par jour pendant 7 jours) doit être associée au traitement local.

Le syndrome du septum (dès la perte d'un point de contact par perte d'une obturation ou une récurrence de lésion carieuse interproximale) génère rapidement des douleurs qui cèdent difficilement aux antalgiques. Il suffit, alors, de retirer le corps étranger impacté pour soulager la douleur. Si le patient ne peut venir jusqu'au cabinet, des explications téléphoniques sur le passage de fil interdente ou d'une brosette doivent aider à soulager la douleur.

Après une période longue sans suivi, le risque est la récurrence de l'inflammation gingivale dans le cas d'une maladie parodontale même traitée récemment.

En fonction de l'importance des signes cliniques rapportés téléphoniquement, il faudra prioriser les patients les plus « inflammatoires ».

En amont, il est primordial de rappeler les bénéfices d'une hygiène (et surtout interdente) rigoureuse. Nos patients ont souvent tendance à arrêter de brosser dès que leurs gencives redeviennent hémorragiques...

Lors de l'instrumentation ultrasonique de détartrage-surfacement, il semble intéressant d'ajouter du peroxyde d'hydrogène à 3% afin de traiter préventivement l'aérosol généré par les ultrasons (Izzeti et al 2020).

Référence : J Dent Res. 2020 Apr 17:22034520920580. doi: 10.1177/0022034520920580. [Epub ahead of print] COVID-19 Transmission in Dental Practice: Brief Review of Preventive Measures in Italy. Izzetti R1, Nisi M1, Gabriele M1, Graziani F1.

ARBRE DÉCISIONNEL POUR LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PARODONTALES

PATIENT POUVANT SE RENDRE AU CABINET	MOTIF DU RENDEZ-VOUS	PATIENT NE POUVANT PAS VENIR AU CABINET
Abcès : débridement et irrigation sous-gingivale Parodontite nécrotique : retrait de l'enduit pseudo-membraneux et application d'H₂O₂. Prescription antibiotique si signes généraux	Abcès parodontal Parodontite nécrotique	Prescription antibiotiques et antiseptique : Métronidazole et/ou amoxicilline CHX à 0,12 ou 0,2%
Retrait du corps étranger Prescription CHX	Syndrome du septum	Passer du fil ou une brosse dans l'espace douloureux. Prescription CHX 0,12 ou 0,2 %
Contention au fauteuil	Mobilité terminale	Prescription antalgiques si douleur
Débridement sous gingival US avec irrigation d'H₂O₂. Prescription CHX	Inflammation gingivale Récidive de parodontite	Conseils d'hygiène rigoureuse interdentaire. Prescription CHX 0,12 ou 0,2 %

Réalisé par le Dr Charles Micheau

Notes et références :

- Parihar, A. S., Katoch, V., Rajguru, S. A. & Rajpoot, N. La maladie parodontale : un facteur de risque possible pour l'issue défavorable de grossesse. 21.
- Andonova, I. et al. Can Oral Anaerobic Bacteria cause Adverse Pregnancy Outcomes? PRIOZI 36, 137-143 (2015).
- Han YW, Wang X. Mobile microbiome: oral bacteria in extra-oral infections and inflammation. J Dent Res 2013;92:485-91.
- Vamos CA, Thompson EL, Avendano M, Daley EM, Quinonez RB, Boggess K. Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. Community Dent Oral Epidemiol 2015;43:385-96.
- Heo SM, Sung RS, Scannapieco FA, Haase EM. Genetic - relationships between Candida albicans strains isolated from dental plaque, trachea, and bronchoalveolar lavage fluid from mechanically ventilated intensive care unit patients. J - Oral Microbiol 2011;3:6362.
- Hajishengallis G, Wang M, Bagby GJ, Nelson S. Importance of TLR2 in early innate immune response to acute pulmonary infection with Porphyromonas gingivalis in mice. J Immunol 2008;181:4141-9
- Scannapieco, F., Bush, R. B. & Paju, S. Associations between periodontal disease and risk for nosocomial bacterial pneumonia and chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review. Annals of periodontology 8, 54-69 (2003).
- Sonti R, Fleury C. Fusobacterium necrophorum presenting as isolated lung nodules. Respir Med Case Rep 2015;15:80-2.
- Williams MD, Kerber CA, Tergin HF. Unusual presentation of Lemierre's syndrome due to Fusobacterium nucleatum. J Clin Microbiol 2003;41:3445-8.
- Roulis E, Polkinghorne A, Timms P. Chlamydia pneumoniae: modern insights into an ancient pathogen. Trends Microbiol - 2013;21:120-8.
- Yao QW, Zhou DS, Peng HJ, Ji P, Liu DS. Association of periodontal disease with oral cancer: a meta-analysis- Tumour Biol 2014;35:7073-7
- Gaiser, R. A. et al. Enrichment of oral microbiota in early cystic precursors to invasive pancreatic cancer. Gut 68, 2186-2194 (2019).
- micheauSun, J. et al. Chronic Periodontal Disease, Periodontal Pathogen Colonization, and Increased Risk of Precancerous Gastric Lesions. Journal of Periodontology 88, 1124-1134 (2017).
- Michaud DS, Fu Z, Shi J, Chung M. Periodontal disease, tooth loss, and cancer risk. Epidemiol Rev 2017;39:49-58.
- Bahekar AA, Singh S, Saha S, Molnar J, Arora R. The prevalence and incidence of coronary heart disease is significantly increased in periodontitis: a meta-analysis. Am Heart J 2007;154:830-7.
- Pussinen PJ, Jousilahti P, Alfthan G, Palosuo T, Asikainen S, Salomaa V. Antibodies to periodontal pathogens are associated with coronary heart disease. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2003;23:1250-4.
- Friedewald, V. E. et al. The American Journal of Cardiology and Journal of Periodontology Editors' Consensus: Periodontitis and Atherosclerotic Cardiovascular Disease. Journal of Periodontology 80, 1021-1032 (2009).
- Chistiakov, D. A., Orekhov, A. N. & Bobryshev, Y. V. Links between atherosclerotic and periodontal disease. Experimental and Molecular Pathology 100, 220-235 (2016).
- Stanko P, Izakovicova Holla L. Bidirectional association between diabetes mellitus and inflammatory periodontal disease. A review. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub - 2014;158:35-
- Yki-Jarvinen H, Sammalkorpi K, Koivisto VA, Nikkila EA. Severity, duration, and mechanisms of insulin resistance during acute infections. J Clin Endocrinol Metab 1989;69:317-23.
- Sugiyama S, Takahashi SS, Tokutomi FA, Yoshida A, Kobayashi K, Yoshino F, et al. Gingival vascular functions are altered in type 2 diabetes mellitus model and/or periodontitis model. J Clin Biochem Nutr 2012;51:108-13.
- Teuw WJ, Gerdes VE, Loos BG. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 2010;33:421-7.
- Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. Diabetologia 2012;55:21-31.
- Sun, W.-L. et al. Inflammatory Cytokines, Adiponectin, Insulin Resistance and Metabolic Control after Periodontal Intervention in Patients with Type 2 Diabetes and Chronic Periodontitis. Intern. Med. 50, 1569-1574 (2011)
- Tunes, R. S. & Foss-Freitas, M. C. Impact of Periodontitis on the Diabetes-Related Inflammatory Status. 7 (2010).
- Choi, S. et al. Association of Chronic Periodontitis on Alzheimer's Disease or Vascular Dementia. J Am Geriatr Soc jgs.15828 (2019) doi:10.1111/jgs.15828.
- Ellen RP, Galimanas VB. Spirochetes at the forefront of periodontal infections. Periodontol 2000 2005;38:13-32.
- Roulis E, Bachmann NL, Myers GS, Huston W, Summersgill J, Hudson A, et al. Comparative genomic analysis of human Chlamydia pneumoniae isolates from respiratory, brain and cardiac tissues. Genomics 2015;106:373-83.
- Hammond CJ, Hallock LR, Howanski RJ, Appelt DM, Little CS, Balin BJ. Immunohistological detection of Chlamydia pneumoniae in the Alzheimer's disease brain. BMC Neurosci 2010;111
- Choi, S. et al. Association of Chronic Periodontitis on Alzheimer's Disease or Vascular Dementia. Journal of the American Geriatrics Society 67, 1234-1239 (2019).

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

VOTRE SITE INTERNET EN MOINS DE 48 HEURES

Dans le cadre de son offre extra bancaire, le groupe Crédit du Nord, en partenariat avec **Simplébo**, facilite la création de votre site internet en fonction de votre domaine professionnel.

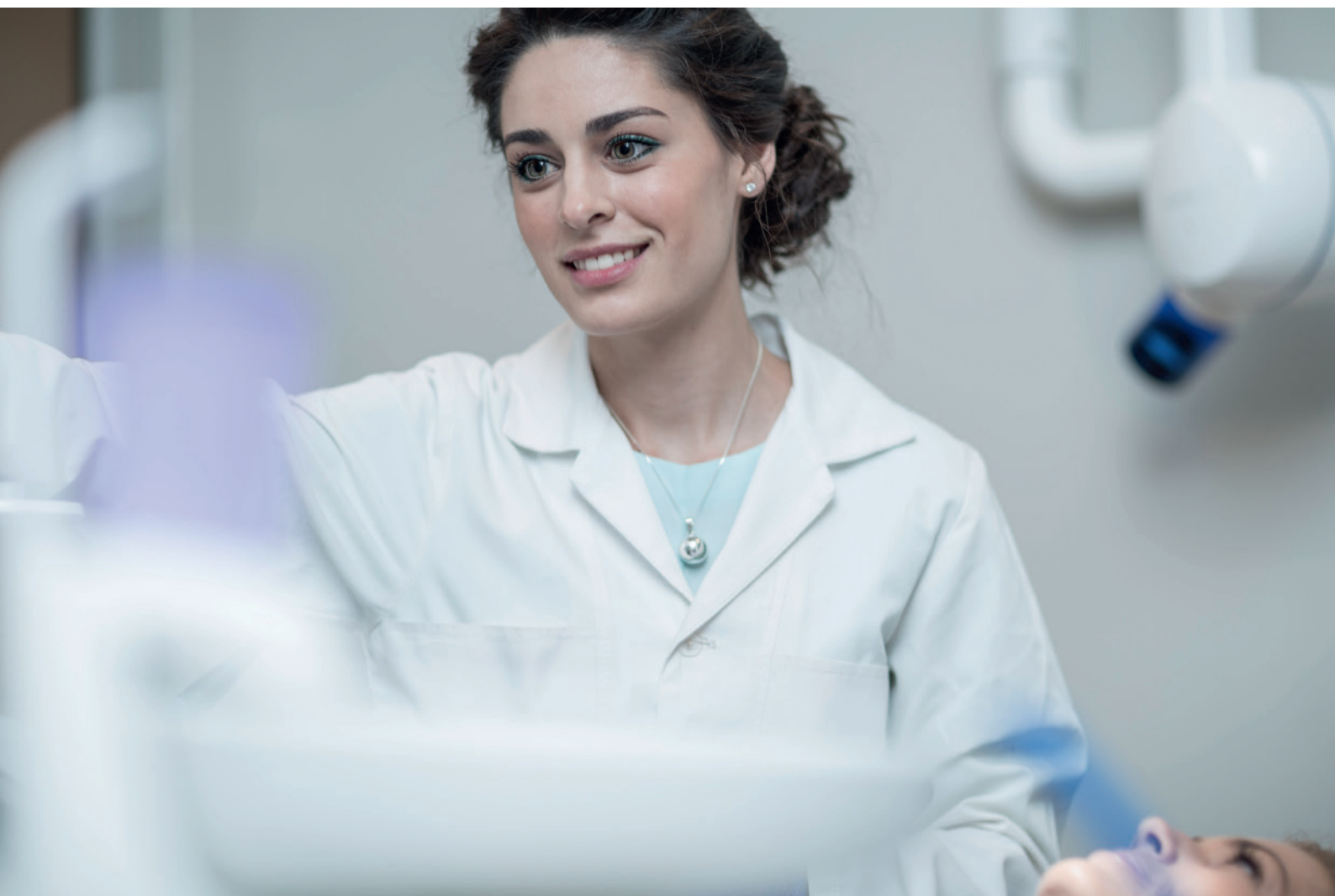
DEVELOPPEZ LA VISIBILITE DE VOTRE CABINET SUR INTERNET

Un référencement Google optimisé

Un chef de projet dédié vous accompagne

Une offre attractive et sans engagement

Votre contact : Chanthoeun Choury - 01 40 22 20 02 - chanthoeun.choury@cdn.fr



Groupe Crédit du Nord  PLUS LOIN, AVEC VOUS

Banque Courtois Banque Kolb Banque Laydernier Banque Nuger Banque Rhône-Alpes Banque Tarneaud Société de Banque Monaco Société Marseillaise de Crédit Crédit du Nord

Crédit du Nord - S.A. au capital de EUR 890 263 248 - Siège Social : 28, place Rihour - 59000 Lille - Siège Central : 59, boulevard Haussmann - 75008 Paris - 456 504 851 - RCS Lille Société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 023 739. Crédit photo : iStock by Getty Images.

Simplébo est une marque déposée et exploitée par la société Grapstor - Siège Social : GRAPSTOR - 43 boulevard Voltaire - 75011 Paris T. 01.84.17.49.76 - SAS au capital de 19 629 euros - SIREN : 790 685 358 (immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris) - N° de TVA intracommunautaire : FR44790685358



Vademecum bio

DEPUIS PLUS DE 120 ANS, NOUS UTILISONS LE MEILLEUR DES PLANTES
DANS NOS FORMULES ...
C'EST DONC TOUT NATURELLEMENT QUE NOUS VEILLONS À LES PRÉSERVER !



VADEMECUM, ENGAGÉS JUSQUE DANS NOS FORMULES ...

Chez Vademecum, nous croyons depuis toujours au pouvoir des plantes. Afin de réduire toujours plus notre impact sur l'environnement, nous sommes convaincus de la nécessité de l'agriculture biologique. C'est pourquoi nous avons lancé dès 2008 une gamme de dentifrices bio, composés à **99% d'ingrédients d'origine naturelle** dont minimum 10% issus de l'agriculture bio et certifiés par Ecocert Greenlife selon le référentiel COSMOS. Bien sûr, nous pensons aussi aux plus petits, et avons ainsi créé une gamme de dentifrices certifiés bio adaptés aux enfants !



... SANS OUBLIER LES BONS GESTES POUR LA PLANÈTE !

CULTIVONS
— un meilleur —
brossage

Parce que l'écologie est l'affaire de chacun, nous nous engageons à transmettre les gestes écoresponsables pour faire des économies, consommer moins d'énergie et optimiser sa consommation d'eau. Avec notre programme "**Cultivons un meilleur Brossage**", nous souhaitons aider les citoyens à adopter tous les bons gestes du quotidien, notamment lors du brossage des dents.

Rendez-vous sur www.vademecum.fr pour en savoir plus !