



FORMATION
Prophylaxie
de l'endocardite infectieuse
p.27



SANTÉ PUBLIQUE
Personnes handicapées :
le droit à l'accès aux soins
p.41

Pratiques dentaires

LE MAGAZINE DE L'UFSBD **POUR LES CHIRURGIENS-DENTISTES**



EN PRATIQUE P.19

**Quelle sédation
pour rendre nos
patients zen ?**

À LA UNE P.5

**Donnons
à nos patients
les moyens
d'être acteurs
de leur santé**

SOS : UN SOURIRE PROVISOIRE, ESTHÉTIQUE, CONFORTABLE AVEC UNE RÉTENTION MAXIMALE

Snap-On Smile®

Un seul produit pour de multiples applications

Sans

Économique et sans préparation

Avec



- Provisoire pour implants : cicatrisation optimale des piliers
- Bridge amovible



Arcade complète provisoire dans le cas de pose d'implants



Remplace toutes les prothèses amovibles assurant ainsi un confort optimal au patient



Dispositif sur-mesure, en résine acétyle cristallisée. Disponible dans toutes les teintes VITA

Renseignements :
Tél. 02 32 50 69 96 - Fax 02 32 50 76 13
info@tecalliage.fr
Retrouvez-nous sur www.tecalliage.fr

Snap-On Smile est un produit de la société DenMat LLC.

Snap-On Smile est un dispositif médical de classe IIa selon la Directive Européenne 93/42 CEE. Marquage CE0459. Lire attentivement la notice. Le Snap-On Smile fait l'objet d'une cotation pour son remboursement par la Sécurité Sociale

Tecalliage
L'ART DENTAIRE

Edition 25.04.2013

Éditorial

Le handicap ne doit pas être une barrière aux soins



“ Il n'est pas pensable que ces 15% de la population soient tenus à l'écart des soins dentaires. Or, certains le sont. ”

Une personne sur six souffre d'une infirmité qui affecte ses fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, ou d'une pathologie invalidante. Il n'est pas pensable que ces 15% de la population soient tenus à l'écart des soins dentaires. Or, certains le sont.

Notre profession rencontre chaque jour des enjeux de santé générale et des phénomènes sociaux et sociétaux qui influent sur les comportements des patients et sur leurs besoins en soins. Et ce chiffre nous démontre combien la prise en compte du handicap doit irriguer notre pratique au quotidien.

Le handicap peut être difficile à aborder, et ce qu'il renferme de difficultés psychologiques ou pathologiques est souvent complexe. Cette complexité est source d'une anxiété réciproque entre le patient handicapé et son soignant. De notre côté, nous pouvons avoir le sentiment d'accueillir des patients sans bien savoir comment les prendre en charge. Les patients, eux, peuvent penser avoir d'autres priorités que leur santé bucco-dentaire, et appréhender de rencontrer un professionnel mal à l'aise face au handicap.

Après la loi de 2005 sur le handicap, les professions de santé sont très attendues, et pas uniquement pour l'accès physique au cabinet médical ou dentaire. Cela va bien au-delà.

Dans ce numéro, *Pratiques dentaires* fait de la compréhension du handicap un fil rouge décliné dans ses dimensions politiques,

sociales et pratiques. L'amélioration de l'accès à la santé et de la prise en charge des personnes handicapées, notamment des plus affectées d'entre elles (handicapés mentaux et psychomoteurs), nécessite de connaître les initiatives politiques et sociales. Il faut aussi anticiper les évolutions que cette prise en compte implique pour la profession. Enfin, il semble évident que les outils dont nous disposons déjà, notamment pour la sédation et la communication aux patients, peuvent être optimisés afin d'être mis au service des patients handicapés.

Les difficultés au quotidien des personnes handicapées posent à la société le défi de savoir s'adapter. Elles incitent chacun de nous à réfléchir sur sa capacité à prendre les devants pour que la vie des personnes handicapées soit, autant que possible, la même que celle des autres. L'UFSBD développe des formations pour vous accompagner dans cette prise en charge, et contribue à l'élaboration des politiques publiques pour démontrer, une fois encore, que notre profession est au cœur des défis de la société.

C'est donc ensemble, chacun à notre échelle, que nous pouvons contribuer à une meilleure égalité de tous les Français face aux soins.

Dr Sophie Darteville,
Présidente de l'UFSBD

Sommaire



6



20



28

3 ÉDITORIAL

5 À LA UNE

Donnons les moyens à nos patients d'être acteurs de leur santé

6 ACTUALITÉS

13 GRAND TÉMOIN

Dr Pascal Jacob
Président
de l'association
Handidactique I = MC2

19 EN PRATIQUE

20 Sédation
Faire face à l'anxiété
en omnipratique

ERRATUM

Dans l'article Formation du Pratiques dentaires n° 8, il fallait lire en page 41 et 46 : « **Plan de traitement et recommandations Cambra pour les enfants âgés de 0 à 3 ans** » (et non de 3 à 6 ans).

24 FICHE PRATIQUE
Évaluer le niveau
d'anxiété
de vos patients

27 FORMATION

28 Enquête
Recommandations
sur
l'antibioprophylaxie
de l'endocardite
infectieuse

35 FICHE PRATIQUE
Prescription
de antibiotiques
en pratique
bucco-dentaire

36 FICHE PRATIQUE
Antibiothérapie
prophylactique

38 FICHE PRATIQUE
Antibiothérapie
prophylactique

41

SANTÉ PUBLIQUE

**42 Accès aux soins
des personnes
handicapées**
Une question
de droit commun

46 FICHE PRATIQUE
L'accueil des
patients handicapés
en 4 étapes

48

AILLEURS

Danemark :
le pays où la prévention
est reine

50

AGENDA

Répertoire
des annonceurs
Appel à communication



48

À LA UNE

DONNONS LES MOYENS À NOS PATIENTS D'ÊTRE ACTEURS DE LEUR SANTÉ

De toutes les inégalités, celle devant la santé est la plus cruelle. Elle conjugue et révèle une myriade de disparités sociales : hygiène de vie, environnement professionnel, niveau d'études... qui sont autant de facteurs d'inégalité devant la santé.

La santé bucco-dentaire n'échappe pas à cette logique. Elle en est même un révélateur. Les personnes fragiles sont plus exposées dans leur santé bucco-dentaire, et la dégradation de celle-ci a des conséquences d'autant plus difficiles à maîtriser.

La prévention et l'éducation pour réduire les inégalités d'accès à la santé

Ces inégalités qui s'additionnent et s'entre-alimentent trouvent à leur racine un même déficit d'information sur les bons comportements à adopter par chacun. La prévention primaire reste dramatiquement faible.

Il revient au Gouvernement de mettre en place des politiques volontaristes en ce domaine, en formalisant de véritables parcours de santé, ne se concentrant pas uniquement sur les soins curatifs mais bien sur un dispositif de prévention structurelle et en améliorant l'accès à la santé de ceux qui sont les plus éloignés des messages de prévention.

Nous attendons particulièrement de la part du ministère de la Santé des mesures à la hauteur des enjeux dans le cadre du projet de loi de santé publique prévu pour 2014, pour lequel a été promise « une grande obligation de la prévention ». Il en va non seulement de la réduction des inégalités de santé, mais de la cohésion sociale.

À notre niveau, déjà, nous partageons avec nos patients la responsabilité du maintien en bonne santé.

Une responsabilité conjointe pour la santé, qui commence par le soignant

Cette responsabilité de donner au patient les moyens de rester maître de sa bonne santé a toujours été partie intégrante des convictions de l'UFSBD. Ce principe est en totale opposition avec la vision d'une santé « à l'acte » et de « consommation de soins », qui prédominait jusqu'à récemment.

Dans leur diversité, à tous les âges, dans toutes les situations (dépendance, handicap, grossesse, maladie chronique...), pour tous leurs besoins en soins, nos patients doivent pouvoir adopter de bonnes habitudes de vie qui préserveront leur santé bucco-dentaire. C'est à nous de les leur transmettre.

La communication aux patients au service de la prévention et de la santé

Communiquer aux patients, c'est avant tout expliquer ce que l'on prescrit et comment on soigne, afin que les soins soient mieux acceptés et fassent l'objet de moins d'anxiété. Cela se traduit par l'explication des spécificités de prise en charge. Cela est incarné, enfin, par notre devoir d'accompagner la suite des soins grâce à une éducation thérapeutique adaptée, afin de préserver de toute dégradation de la santé.

C'est aussi permettre aux patients qui viennent dans nos cabinets de disposer dans nos salles d'attente des informations nécessaires pour prendre en main au quotidien leur santé, et celle de leur famille.

Cette démarche envers les patients, répondant à leurs appréhensions, à leurs attentes, prenant les devants de leurs difficultés, est une démarche de proximité qui s'envisage dans le temps : mieux informés, les patients, loin de se détourner de leurs médecins, leur sont d'autant plus fidèles.

L'UFSBD met en place plusieurs supports pédagogiques ainsi que des formations pour améliorer la capacité de chacun à communiquer avec ses patients, diffuser des messages d'éducation à la santé et adapter sa prise en charge aux spécificités de certains d'entre eux.

Bien communiquer aux patients, c'est bien soigner, c'est les inciter à être acteurs de leur santé. C'est la conviction que nous défendons, en tant que praticiens engagés pour l'évolution de notre profession.

Si vous la partagez, rejoignez-nous !



CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVEAUX CONCEPTS D'ÉDUCATION ET DE PRATIQUES BUCCO-DENTAIRES

7 rue Mariotte - 75017 PARIS
www.ufsbd.fr - ufsbd@ufsbd.fr



Pratiques Dentaires, le magazine de l'UFSBD pour les chirurgiens-dentistes, est édité par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, 7 rue Mariotte, 75017 Paris - Tél. : 01 44 90 72 80 / Fax : 01 44 90 97 82. • **Directeur de la publication** : Dr Sophie Darteville • **Rédacteur en chef** : Dr Benoît Perrier • **Responsables de rubrique** : Laurent Poupelloz (Actualités) - Dr Julien Laupie (En pratique) - Dr Benoît Perrier, Alexandra Cloitre, Dr Xavier Duval et Pr Philippe Lesclous (Formation) - Dr Jacques Wemaere (Santé publique) • **Ont également participé à ce numéro** : Véronique Gardon, Danielle Grizeau-Clemens et Karine Sossou • **Rédaction** : Pierre Catalan, Nicolas Delaleu, Valérie Devillaine, Béatrice Noyère et Aurélie Messenger • **Conception et réalisation** : meanings 256 rue du Faubourg Saint-Martin - 75010 Paris - Tél. : 01 45 49 29 34 • **Directeur artistique** : François Borderie • **Crédits photo** : photothèque UFSBD, Photononstop, DR • **Impression** : Imprimerie Vincent à Tours • **Régie publicitaire** : Laurent Poupelloz, tél. : 01 44 90 93 99, e-mail : laurentpoupelloz@ufsbd.fr • Magazine distribué à l'ensemble de la profession.



Bioseptyl: le 100 % français!

La Brosserie Française est une société née de la volonté de ses dirigeants de sauvegarder et redynamiser le savoir-faire plus que centenaire d'un métier devenu unique en France, la Fabrication de Brosses à dents.

Fabricant de brosses à dents sous sa marque propre, Bioseptyl, La Brosserie Française défend aujourd'hui les valeurs qui lui sont chères :

- promouvoir le patrimoine industriel français en atteignant l'objectif du 100 % fabriqué en France par la relocalisation totale de son outil de production ;



- imaginer, industrialiser, produire et développer en France une gamme complète de brosses à dents ;
- mettre en avant la qualité, l'innovation et l'efficacité.

Les points forts de Bioseptyl : l'efficacité, la qualité, le design étudié et novateur et un packaging éco-conçu.

► Découvrez la gamme complète (adultes, enfants et techniques) sur www.bioseptyl.fr

Tecalliage a 40 ans et reste à la pointe de l'innovation!



Après avoir grandi avec la fabrication de métaux précieux, la société a réussi à prendre le virage du progrès technologique et a intégré des produits innovants sans oublier son savoir-faire traditionnel. La gamme complète de tenons NORMATEC® est toujours produite en Normandie. Tecalliage distribue, par ailleurs, les produits

DenMat en exclusivité sur le territoire français. Son crédo : une dentisterie esthétique et non-invasive. Venez découvrir ou redécouvrir Snap-On Smile®, Lumineers®, Geristore®, Core-Paste®...

Le lancement du nouveau laser à diode SOL et du système de loupes PERIOPTIX vient compléter cette gamme de produits déjà reconnus à travers le monde depuis de très nombreuses années. Venez profiter de nos offres spécial 40 ans !

 www.tecalliage.fr

Cleantexx (MPXX™) en latex naturel: un gant sûr et propre

Les premiers outils d'un chirurgien-dentiste sont ses mains et leur seule protection est le gant ! D'où l'importance du choix des produits, qui doit être guidé par la qualité avant tout. Le latex reste le choix de première intention : il est plus flexible et permet une meilleure préhension. Les allergies aux protéines du latex (type I) sont un frein qui pousse à choisir des solutions alternatives comme le nitrile. Mais le nitrile n'est pas pour autant innocent ! Les résidus de produits chimiques provoquent des allergies de type IV (dermatoses de contact) très handicapantes. La société Budev propose un gant en latex naturel traité (MPXX™) pour éliminer quasiment toutes les protéines du latex et tous les résidus de produits chimiques. Le gant Cleantexx assure une excellente protection (plus épais que la plupart des gants du marché). En restant très confortable, il élimine quasiment tous les risques d'allergie. Il est distribué par Henry Schein et disponible sur la boutique www.laboutiquedentistepro.fr



► Pour mieux comprendre : http://youtu.be/h_54F540mdA.

PRIX
DE THÈSE **ufsbd**



Prix de thèse UFSBD

L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), en partenariat avec La Médicale, assureur spécialiste des professionnels de santé auquel un chirurgien-dentiste sur deux fait

confiance, crée l'événement en organisant la première édition de son Prix de thèse, qui sera décerné lors du Congrès 2013 de l'ADF. Pour cette première année, les candidatures sont ouvertes à tous les étudiants et jeunes confrères ayant

soutenu leur thèse de doctorat en chirurgie dentaire en 2011, en 2012 ou en 2013. Trois prix seront remis aux gagnants pour une dotation globale d'un montant de 3 000 euros.

Renvoyez votre dossier complété à l'UFSBD, Prix de thèse :
UFSBD – La Médicale, 7 rue Mariotte
75017 Paris, prixdethese@ufsb.fr.

► Dossier de candidature et règlement disponibles sur www.ufsbd.fr, espace étudiants

Date limite de dépôt : le 30 octobre 2013.



En route vers le succès endodontique

*Dispositif médical classe II a / CE0483¹⁾ mdc et CE0344 DEKRA²⁾.
Nous vous invitons à lire attentivement les instructions d'utilisation.
Produits non remboursés par les organismes de santé.

info.fr@coltene.com | 02 43 39 30 30
www.coltene.com

COLTENE®

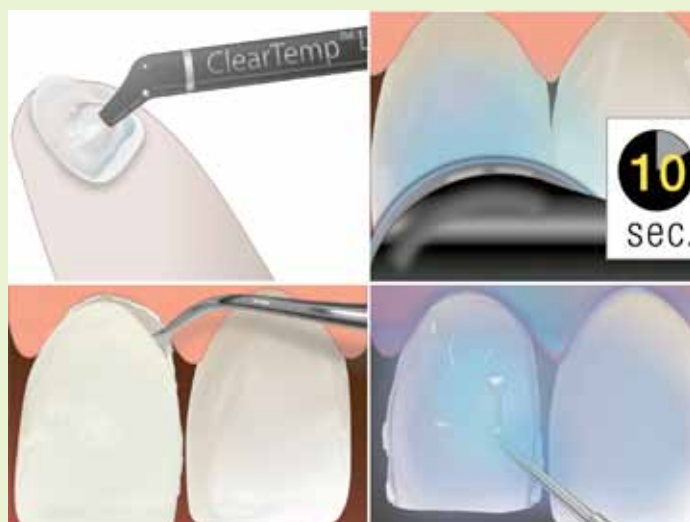
ClearTemp™ LC : scellement temporaire des facettes

Contrairement à d'autres scellements temporaires, ClearTemp LC est conçu spécifiquement pour le scellement des facettes provisoires : il s'agit d'une résine photopolymérisable produisant un scellement assez fort pour garder les facettes en place. La teinte translucide du produit ne se distinguera pas, mais grâce à ses propriétés fluorescentes uniques, il sera facilement détectable à la lumière noire. Il adhère plus à la facette provisoire qu'à la dent, minimisant le temps d'effort exigé pour enlever la préparation.

Il est présenté sous forme de kit 4 seringues x 0,67 g (0,5 ml). Les avantages sont :

- ▶ la formule résine fournit une qualité et une rétention exceptionnelles ;
- ▶ teinte translucide idéale ;
- ▶ la fluorescence à la lumière noire facilite le nettoyage ;
- ▶ l'ergonomie de la seringue en contre-angle facilite la mise en place.

▶ Infos complémentaires : www.ultradent.fr



DenMat lance son nouveau laser SOL



Après avoir lancé le laser Sapphire® en 2011, DenMat innove à nouveau avec SOL®, deuxième génération de laser à diode. SOL vous permet de réaliser tous les soins sur tissus mous. Sa conception exclusive en fait un laser **portable** (jusqu'à 3 heures d'autonomie !), **intelligent** (mémorisation des traitements les plus courants), **simple** (embouts à usage unique) et **novateur** (rayonnement bleu exclusif pour une meilleure visibilité lors du soin). Son design et son poids feront de SOL votre allié au quotidien. Changez et optez pour la nouvelle technologie de notre laser sans fil.

▶ www.tecalliage.fr

Codéine: désormais à éviter chez l'enfant

L'ANSM recommande de ne plus utiliser la codéine chez l'enfant de moins de 12 ans – sauf en cas d'échec du paracétamol et/ou des AINS – et chez la femme qui allaite, dans un communiqué du 12 avril 2013. Cette décision fait suite à la réévaluation du rapport bénéfice/risque des médicaments à base de codéine engagée par l'Agence européenne du médicament (EMA), après que des cas rares, mais graves, de dépression respiratoire aient été observés aux États-Unis.

▶ Pour plus d'informations: <http://ansm.sante.fr/S-informer/actualite>



Le Seul et Unique Gant

Le procédé MPXX™ permet de quasiment* éliminer les risques d'allergies dues aux protéines et aux résidus de produits chimiques. Spécialement testé pour la manipulation des matériaux d'impression.

Maintenant disponible chez Henry Schein

CLEANTEXX-MPXX™: UNE INNOVATION BREVETÉE AU NIVEAU MONDIAL

Enfin des gants qui tiennent leurs promesses ! Ils sont sans poudre, faciles à enfiler, et offrent un très grand confort d'utilisation, une bonne préhension un très bon touché ainsi qu'une excellente dextérité ! Ils s'adaptent parfaitement à la préhension d'instruments et aux interventions même en milieu humide. De plus contrairement à la majorité des gants vendus aujourd'hui, les gants CLEANTEXX MPXX™ ont une bonne épaisseur assurant protection maximale et solidité tout en gardant confort et flexibilité, un compromis que seul le latex naturel peut offrir ! Nos gants Cleantexx MPXX™ ont été spécialement testés pour la manipulation et l'application des matériaux d'impression.

*Cleantexx – MPXX™

Grâce au traitement breveté MPXX™, nos gants en latex naturel offrent un niveau indétectable d'allergènes (protéines) et de résidus de produits chimiques pour éviter les allergies aux gants de type I (latex) et de type IV (tous les types de gants).



www.mpxx.com

COMMUNIQUÉ SANTÉ

Déjà largement connu, le chewing-gum sans sucres est un outil de protection des dents à la fois pratique et facilement accessible.

C'est aujourd'hui un allié incontournable de l'hygiène bucco-dentaire, notamment dans le cadre de l'alimentation hors domicile.

Mâcher présente plusieurs effets bénéfiques :

- Après la prise alimentaire, le pH devient acide et les risques de carie augmentent. Les études montrent que l'augmentation du flux salivaire contribue à une bonne santé dentaire : la salive neutralise les acides qui attaquent l'émail.
- La salive contient des sels minéraux phosphates et fluor qui participent à la reminéralisation de la surface dentaire.
- Mâcher un chewing-gum sans sucre a une action mécanique de nettoyage et de lissage de la surface dentaire, participant ainsi au contrôle de plaque.

Il existe néanmoins aujourd'hui une réponse plus efficace et plus ciblée pour diminuer le risque de caries chez vos patients : **le XYLITOL**

I Qu'est-ce que le Xylitol ?

Le Xylitol est un sucre de substitution dont le pouvoir sucrant est égal à celui du saccharose mais avec 40% de calories en moins (2,4 Cal/gr contre 4 pour le saccharose). Il appartient à la famille des polyols ou sucres alcools.

II Les mécanismes du Xylitol

- EFFET CARIOSTATIQUE** : Le Xylitol inhibe la croissance bactérienne à travers deux mécanismes. En établissant un «cycle futile du Xylitol» (1) et en inhibant la consommation du glucose (2).
- NON ACIDOGENICITE** : Le Xylitol au sein de la plaque dentaire favorise une résistance aux chutes de pH (3).
- DIMINUTION DE L'ADHÉRENCE DE LA PLAQUE DE 40%** pour les groupes consommant des gommes au Xylitol par rapport au groupe contrôle (4).
- RÉDUCTION DES STREPTOCOCCUS MUTANS ET LACTOBACILLES** : l'une des propriétés les plus intéressantes du Xylitol, en plus d'être non cariogénique, est sa capacité à réduire la population de Streptococcus mutans (5) et lactobacilles (6).
- RÔLE DE REMINÉRALISATION** : par son action sur le pH associé aux concentrations en calcium et en phosphate, il y a un effet reminéralisant sur les lésions carieuses naissantes (7).

III Relation dose - Efficacité

ATTENTION contenir du Xylitol ne suffit pas !

Les chewing-gums édulcorés avec 100 % de Xylitol réduisent la plaque dentaire facteur de risque de la carie de l'enfant. Cet effet bénéfique n'est obtenu que par la consommation de 2-3 gr de chewing-gum édulcoré avec 100% de Xylitol au moins trois fois par jour, après les repas.*



Efiseptyl Chewing-gum, bien plus qu'un chewing gum

Adouci avec 100% de Xylitol, il aide à diminuer le risque de caries*. Il participe à renforcer l'émail et contribue à réduire la plaque bactérienne.

*Action permise grâce à la réduction de la déminéralisation dentaire et la neutralisation des acides de la plaque. L'effet bénéfique est obtenu par la mastication de 2 à 3 gr à mâcher pendant vingt minutes, trois fois par jour après les repas.



EFISEPTYL Oral Care
partenaire de l'UFSBD

- Grillaud M, Bandon D, Delbos Y. Les substituts du sucre : avantages des polyols. Le chirurgien dentiste de France 2008;1342:31-6.
- Assev S, Rolla G. Further studies on the growth inhibition of streptococcus mutans OMZ 176 by xylitol. Acta Pathol Microbiol Immunol Scand [B] 1986;94:97-102.
- Oderling et coll. Effect of sorbitol, xylitol and xylitol/sorbitol chewing gums on dental plaque. Caries Res 1989;23:378-84.
- Mouton C, Scheinin A, Makinen FF. Effect of a xylitol chewing gum on plaque quantity and quality. Acta Odontol Scand 1975;33:251-7.
- Isokangas P et coll. Dental caries and mutans streptococci in the proximal areas of molars affected by the habitual use of xylitol chewing gum. Caries Res 1991;25:444-8.
- Çaglar E, Kavaloglu SC, Kusko OO, Sandalli N, Holgerson PL, Twetman S. Effect of chewing gums containing xylitol or probiotic bacteria on salivary mutans streptococci and lactobacilli. 2007;11(4):425-9.
- Makinen KK et coll. Stabilisation of rampant caries: polyol gums and arrest of dentine caries in two long-term cohort studies in young subjects. Int Dent J 1995;45:93-107.

EFISEPTYL Oral Care vendu exclusivement en grande distribution depuis 2002, est une gamme d'accessoires bucco-dentaire accessible à tous.

LBD - BP67092 Villepinte - 95973 ROISSY CDG Cedex-France



www.efiseptyl.com



PROGRAMMES DPC 2013



Programmes de Développement Professionnel Continu : votre 1^{er} programme gratuit et indemnisé !

Hygiène et asepsie au cabinet dentaire :
comment répondre aux dernières
obligations réglementaires ?

VILLE	DATES
Nantes	20 juin 2013
Rennes	12 septembre 2013
Clermont	26 septembre 2013
Bordeaux	31 octobre 2013
Paris	19 décembre 2013

Prescriptions Médicamenteuses
en médecine bucco-dentaire.
Comment prescrire au mieux ?

VILLE	DATES
Rennes	27 juin 2013
Tours	4 juillet 2013
Marseille	05 septembre 2013
Lille	26 septembre 2013
Metz	26 septembre 2013
Lyon	10 octobre 2013
Montpellier	17 octobre 2013
Grenoble	14 novembre 2013
Strasbourg	05 décembre 2013
Brest	19 décembre 2013

Le Document Unique : un outil obligatoire
pour tout employeur au service de la prévention
des risques au cabinet dentaire

VILLE	DATES
Toulon	12 septembre 2013
Nantes	19 septembre 2013
Paris	19 septembre 2013
Toulouse	26 septembre 2013
Lille	24 octobre 2013

Prise en charge des patients
dans des situations médicales à risques :
analyse et conduite à tenir

VILLE	DATES
Strasbourg	20 juin 2013
Metz	27 juin 2013

Retrouvez-les sur www.dentistepro.fr

(rubrique Formation)



Universel, Fluide
toujours aussi
« supreme »

Tout ce dont vous avez besoin :
juste « Supreme »

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

La nanotechnologie unique de 3M ESPE vous apporte :

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

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

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



Filtek™
Supreme XTE

Matériaux de restauration
Universel et Fluide



3M ESPE



Dr Pascal Jacob
Président
de l'association
Handidactique I = MC2

**“ Les personnes handicapées veulent
être soignées comme tout le monde. ”**

Pascal Jacob, lui-même parent de deux enfants handicapés et très engagé dans le monde associatif, vient de remettre à Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, et à Marie-Arlette Carlotti, Ministre déléguée aux Personnes handicapées, un rapport sur l'accès aux soins des personnes handicapées. Il revient sur les freins et les peurs de notre société face au handicap, nous dévoile les principales propositions de ce rapport et insiste sur le rôle fondamental de la prévention ainsi que de la coordination des soins entre professionnels de santé.

Pratiques dentaires : Quels sont les objectifs de votre association, I = MC2, qui réunit plusieurs organismes publics, non-gouvernementaux et administratifs, sur le handicap cérébral ?

Pascal Jacob : I = MC2 est une association créée en 2007 à l'initiative de parents de personnes atteintes de paralysie cérébrale. Son but est de concevoir un nouveau type de formation des professionnels permettant de former aux bonnes pratiques d'accompagnement des personnes handicapées. Ces formations sont destinées à l'ensemble des acteurs

1 000 personnes handicapées ont été rencontrées et 200 heures d'images tournées, afin de présenter un film lors d'un séminaire auquel les ministres participaient. Ces rencontres nous ont permis de construire la feuille de route des 12 ateliers qui ont ensuite planché sur les 170 propositions concrètes et faciles à mettre en œuvre présentées dans ce rapport.

Pratiques dentaires : Avant de détailler certaines de ces propositions, pouvez-vous nous dire un mot sur la situation actuelle de l'accès aux soins pour les personnes handicapées. La France n'est pas vraiment en avance sur le sujet...

P. J. : C'est le moins que l'on puisse dire. Le monde du soin, en France, n'échappe pas à la réalité de la mise à l'écart du handicap. C'est une situation tout à fait indigne pour notre pays. Nous sommes très en retard par rapport à des pays comme le Canada, la Suède, le Danemark... Ces pays ont une culture qui ne met pas le handicap à l'écart ; ils affrontent le problème en face.

La non-prise en charge précoce de ces personnes fait que la gravité de leur état de santé quand ils accèdent finalement aux soins, est inacceptable. Par ailleurs, dans 9 cas sur 10, les professionnels de santé, démunis face à la prise en charge de ces situations particulières, préfèrent envoyer les patients directement aux urgences.

Pour moi, la principale raison à ce frein dans l'accès aux soins, c'est tout simplement la peur : le handicap fait peur dans notre société. Il faut faire tomber les barrières et sensibiliser davantage les professionnels de santé à cette question.

Pratiques dentaires : Comment, selon vous, faire tomber ces barrières ?

P. J. : Il faut permettre aux futurs professionnels de santé d'être confrontés au handicap le plus en amont possible. ➔

“ Il faut permettre aux futurs professionnels de santé d'être confrontés au handicap le plus en amont possible. ”

de l'accompagnement. I = MC2 préfigure ce que pourrait être, un jour, une véritable école supérieure de l'accompagnement à l'autonomie.

Pratiques dentaires : Comment est née l'idée de ce rapport sur l'accès aux soins des personnes handicapées, que vous venez de remettre aux ministres concernés ?

P. J. : J'avais déjà travaillé avec le précédent Gouvernement sur le sujet des soins apportés aux personnes handicapées. Quand Mesdames Touraine et Carlotti m'ont proposé de continuer à travailler avec le nouveau Gouvernement sur un rapport relatif à l'accès aux soins, j'ai accepté, mais à une condition : que ce ne soit pas un énième rapport qui finisse dans un placard et que l'on donne la parole aux personnes handicapées pour son élaboration. Ainsi, plus de

PARCOURS

Après quarante années de travail dans l'industrie et dans la distribution, Pascal Jacob, aujourd'hui à la retraite, consacre son temps à aider les personnes handicapées dans trois grands domaines : la recherche, la création de centres de vie et la formation.

Administrateur de la Fondation Motrice (recherche sur l'infirmité motrice cérébrale), Vice-président de l'association PasseR'Aile APETREIMC (centre de vie accueillant des patients souffrant d'infirmités motrices cérébrales), administrateur de la FEGAPEI (Fédération d'employeurs), il est également Président de l'association I = MC2, une structure de concept de formations qualifiantes à destination des professionnels de l'accompagnement.

Qui d'autre qu'un professionnel de santé connaît mes besoins en cas d'arrêt de travail ?



Catherine Destivelle,
alpiniste de renom et professionnelle de santé,
a choisi Groupe Pasteur Mutualité :

“ La gestion efficace des risques et l'esprit de solidarité m'ont permis d'aller toujours plus haut et plus loin. Ces valeurs, je les partage aujourd'hui avec Groupe Pasteur Mutualité. ”

Pour en savoir plus
appelez le **01 40 54 54 54**
ou connectez-vous sur
www.gpm.fr



Découvrez nos offres
dès à présent sur notre site
ou flashez le code ci-contre

GRAND TÉMOIN

Il faut qu'ils soient sensibilisés en effectuant des stages de terrain auprès de personnes handicapées, mais en suivant des formations obligatoires et non plus optionnelles sur le sujet. Ils devraient, enfin, avoir à s'engager à soigner les personnes handicapées lorsqu'ils prononcent leur serment d'Hippocrate.

Pratiques dentaires : Dans votre rapport, vous mettez l'accent sur la prévention. Pourquoi ?

P. J. : Parce que les patients handicapés en sont totalement exclus, pour le moment ! En effet, ils sont souvent écartés du système scolaire et du monde du travail, deux espaces propices au déploiement des messages de prévention. Des messages qui ne leur parviennent donc jamais... Pourquoi croyez-vous que les personnes handicapées développent 8 fois plus de cancers du colon et 12 fois plus de cancers du sein que les autres ? On attend tellement, pour les diagnostiquer et les prendre en charge, qu'un simple problème digestif peut se transformer en occlusion intestinale et qu'un léger problème respiratoire devient



historique et de toutes les informations nécessaires. Il faut créer au plus vite un circuit vertueux de l'information. Cela évitera, par exemple, de refaire plusieurs fois le même examen et d'envoyer en réanimation un patient épileptique qui aurait simplement eu besoin de valium... Il est par ailleurs urgent de décroisonner

les autres acteurs de santé. Les actions mises en œuvre par l'UFSBD sur le sujet sont aussi des sources d'inspiration, car elles sont axées sur la prévention, l'anticipation, et non le curatif, trop tardif. J'apprécie l'approche innovante, exemplaire et humaine qui fait l'ADN de l'UFSBD.

“Le bucco-dentaire participe à la dignité de la personne handicapée.”

vite une bronchopneumonie ! Sans parler du coût que cela représente pour notre système de santé...

Tout cela car nous ne savons pas anticiper ! Ce sont des citoyens comme les autres, ils devraient donc avoir accès à la prévention (ainsi que leur entourage) et les professionnels de santé devraient être en situation de les gérer en amont, et non uniquement quand la situation devient alarmante.

Pratiques dentaires : Comment décroisonner la chaîne de prise en charge entre les différents professionnels de santé de l'accompagnement ? Et comment optimiser la coordination entre ces acteurs ?

P. J. : Nous plaçons déjà pour la mise en place d'un carnet de santé unique, informatisé, qui permettrait à tous les acteurs impliqués dans le parcours de soin (hôpital, médico-social et médecine de ville) et d'accompagnement de la personne handicapée de disposer de son

les professionnels de santé et l'accompagnement : ces acteurs doivent agir ensemble pour valider les meilleures pratiques, les meilleurs techniques et les meilleures innovations qui permettront aux personnes handicapées de mieux vivre leur handicap.

Pratiques dentaires : Vous avez confié l'un des ateliers de travail sur l'accès à la médecine de ville, à un chirurgien-dentiste, le Dr Sophie Dartevelle, Présidente de l'UFSBD. Pourquoi ce choix ?

P. J. : C'était pour moi une évidence. En effet, le bucco-dentaire participe à la dignité de la personne handicapée. Ne plus avoir de dents, c'est perdre beaucoup de sa dignité. Les professionnels du bucco-dentaire sont souvent en avance sur les autres professionnels de santé en la matière ; c'est aussi pour cela qu'il fallait recueillir leurs idées et leurs bonnes pratiques qui, je l'espère, seront reprises très vite par

Pratiques dentaires : Malgré tous leurs efforts, beaucoup de chirurgiens-dentistes ne pourront pas satisfaire en temps et en heure aux exigences de la loi qui implique qu'au 1^{er} janvier 2015, tous les cabinets devront être accessibles aux personnes handicapées. Quel message souhaitez-vous leur faire passer ?

P. J. : Tout d'abord, l'accessibilité des personnes handicapées aux cabinets dentaires ne se résume pas à poser une rampe d'accès en bas de l'immeuble ! C'est une problématique bien plus large et complète, qui doit inclure la formation du chirurgien-dentiste à la prise en charge de ces patients, une organisation et un équipement qui permettent l'accueil de ces patients et ce, quel que soit leur handicap.

99 % des personnes handicapées souhaitent être soignées au même endroit que le reste de la population. C'est donc à nous de leur offrir les conditions les plus optimales pour ce faire. Il faut, en attendant, être en mesure de leur fournir les coordonnées des cabinets d'ores et déjà accessibles pour eux. Quant aux praticiens qui se verraient dans l'impossibilité de recevoir des personnes handicapées, je les encourage, alors, à être mobiles, à sortir de leur cabinet, à aller à la rencontre des personnes handicapées et à se former à la prise en charge de ces patients. ■



La passion de la polyvalence L'adhésif Scotchbond Universal

Avec mordantage total, automordant, avec un mordantage sélectif amélaire ... peu importe la technique adhésive choisie, l'adhésif Scotchbond Universal est le seul adhésif dont vous avez besoin. Il est idéal à la fois pour les restaurations directes et indirectes et peut être utilisé pour tout type de surface incluant l'émail, la dentine, la vitrocéramique, la zircone, les alliages nobles et non précieux et les composites, sans primer.

3M ESPE. La passion de la qualité.



Scotchbond™
Universal
Adhésif



Le système adhésif Scotchbond Universal est un dispositif médical de classe IIa selon la Directive 93/42 CEE. Ce dispositif médical est destiné aux chirurgiens-dentistes, habilités à prodiguer des soins dentaires. Lire attentivement la notice et les recommandations avant toute utilisation. Fabricant : 3M ESPE, Dental Products, St Paul, MN 55144, USA. Distribué par 3M France - boulevard de l'Oise - 95006 Cergy Pontoise Cedex.

3M ESPE

AVEC TRAVAUX PRATIQUES

Actualisez votre pratique en parodontie

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

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES :

- ✓ Mise au point sur l'étiologie et les facteurs de risques des maladies parodontales.
- ✓ Découvrir les avancées technologiques des nouveaux systèmes ultrasoniques et d'aéropolissage.
- ✓ Optimiser la prophylaxie parodontale et implantaire avec l'aéropolisseur.
- ✓ Améliorer la prise en charge des parodontites avec la technologie ultrasonique.
- ✓ Simplifier la maintenance parodontale et implantaire.
- ✓ Communiquer efficacement avec le patient pour faire accepter ces traitements hors nomenclature.



INTERVENANTS

Dr Guillaume CAMPARD

Assistant hospitalo-universitaire, CHU de Nantes. Certifié en Parodontologie Master Medical of Sciences délivré par l'Université d'Harvard - USA - Membre de la SFPIO

OU Dr Julie LAMURE

Assistante hospitalo-universitaire, UFR de Nice. Certifiée en Parodontologie Master Medical of Sciences délivré par l'Université de Columbia - New York - USA - Membre de la SFPIO

LES «PLUS» DE CETTE FORMATION

Cette formation permet d'informer le praticien sur les bénéfices des nouveaux instruments pour le traitement parodontal non - chirurgical.

Des outils de communication (devis et lettre de consentement type) seront remis aux praticiens pour les aider à faire accepter à la patientèle ces traitements hors nomenclature.

Les concepts théoriques sont mis en application au cours de travaux pratiques sur modèles grâce à la mise à disposition d'une large gamme de matériel.

Le praticien est mis en situation clinique et dispose de temps pour se familiariser avec ces nouveaux instruments afin de les intégrer dans son exercice quotidien.



Bulletin d'inscription

AVEC TRAVAUX PRATIQUES

Actualisez votre pratique en parodontie

1. Sessions

☐ NANTES le 04/07/2013	☐ REIMS le 07/11/2013
COMPLÉTÉ TOULOUSE le 19/09/2013	☐ NANTES le 14/11/2013
☐ MARSEILLE le 26/09/2013	☐ LILLE le 21/11/2013
☐ STRASBOURG le 03/10/2013	☐ NICE le 06/12/2013
☐ ST ETIENNE le 10/10/2013	☐ TOULOUSE le 12/12/2013
☐ BORDEAUX le 17/10/2013	☐ LYON le 19/12/2013
☐ PARIS le 24/10/2013	

2. Stagiaire

Nom du chirurgien-dentiste :
Prénom :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Tél :
Email :

Places limitées à 20 praticiens

3. Cochez le tarif choisi

	Adhérent UFSBD	Non adhérent
Chirurgien-dentiste	☐ 275 €	☐ 295 €

Information / Inscription
UFSBD Formation - 7 rue Mariotte 75017 Paris
Tél : 01 44 90 93 94 - formation@ufsbd.fr

EN PRATIQUE

FORMATION

SANTÉ PUBLIQUE

P. 20

Sédation Faire face à l'anxiété en omnipratique



Soucieux de soigner nos patients dans les meilleures conditions, il est essentiel de se tenir au courant et de se former sur les techniques de sédation à notre disposition : la sédation par voie orale, le MEOPA ou encore l'hypnose. Quelles solutions privilégier ? Pour quel patient ? Le point sur les avantages, le coût et les limites des techniques dans ce dossier.

Fiche pratique à conserver

P. 24

Évaluer le niveau d'angoisse de vos patients

En quelques minutes, grâce au guide d'entretien mis au point par le psychologue américain Norman Corah, vous connaîtrez le degré d'anxiété de vos patients face aux soins.



Sédation

Faire face à l'anxiété en omnipratique

Source d'inconfort pour le praticien et de stress pour le patient, la « peur du dentiste » touche plus d'un Français sur deux, et va jusqu'à freiner voire priver 10 à 20 %⁽¹⁾ des patients de certains traitements. Des solutions existent, pourtant, pour les réconcilier avec les soins dentaires et faciliter leur réalisation, des plus connues, comme la sédation orale, aux plus inattendues, comme l'hypnose, en passant par l'administration de protoxyde d'azote (MEOPA), dont la pratique est désormais autorisée en dentisterie de ville. Le point sur les bénéfices et les limites de chacune de ces trois techniques, ainsi que sur leur mise en œuvre au cabinet.

Du simple stress à la véritable stomatophobie avec sudation, tachycardie ou nausée, 54 % des Français ressentent des craintes à l'idée de consulter un chirurgien-dentiste. Une appréhension qui semble remonter à l'enfance pour plus de 70 % d'entre eux, et qui prive certains de soins. Plus d'un sur deux avoue ainsi attendre qu'un problème devienne grave pour se faire soigner et plus de 20 % reconnaissent ne jamais consulter ou annuler leur rendez-vous au dernier moment.

En cause, la crainte de la douleur dans 67 % des cas, celle de la piqûre ou celle du bruit des instruments pour 29 %. Depuis le 30 novembre 2009, l'autorisation d'utiliser le MEOPA en cabinet a permis de changer un peu la donne en rouvrant, notamment, le débat sur la place de la sédation dans notre pratique. Tour d'horizon des solutions alternatives à notre disposition pour aider nos patients à dépasser leur anxiété et à éviter ainsi tout renoncement aux soins.

1 – SÉDATION PAR VOIE ORALE : UN CLASSIQUE

Parmi les trois techniques à la disposition des praticiens pour endormir la peur de leurs patients, la sédation par voie orale est la plus courante et la plus facile à mettre en œuvre, car elle ne nécessite ni formation ni matériel spécifique. Mais c'est aussi la plus aléatoire et la moins « confortable » pour les patients. Parce que les anxiolytiques agissent différemment d'un patient à l'autre, parce qu'ils peuvent provoquer

des effets paradoxaux (agitation, irritabilité) inverses aux effets souhaités et parce que leur durée d'action, de 3 à 4 heures en moyenne, va bien au-delà de l'acte. Ce qui oblige souvent les patients à se faire raccompagner.

Benzodiazépines et antihistaminiques

Trois familles de molécules peuvent être utilisées pour obtenir une sédation : les benzodiazépines, les molécules apparentées et les antihistaminiques. Les premières agissent en améliorant l'affinité des récepteurs de l'acide gamma aminobutyrique (GABA), un neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central. Outre leurs effets anxiolytiques, hypnotiques, anticonvulsivants et myorelaxants, les benzodiazépines peuvent aussi avoir un effet amnésiant ; elles favorisent l'endormissement et prolongent la durée du sommeil. Leurs demi-vies sont en général assez longues : de 10 à 20 h pour le Temesta, le Xanax ou le Lexomyl, à 40 h pour le Valium. Seul le Vératran et le Havlane ne dépassent pas 4 à 8 h. Compte tenu de la durée d'un acte

dentaire, le choix de la molécule importe peu. Généralement bien tolérées, les benzodiazépines peuvent néanmoins provoquer une somnolence, un syndrome confusionnel entraînant un risque de chute ou d'accident, voire une ataxie, c'est-à-dire une perte de la coordination de certains mouvements. Autant d'effets secondaires rares mais possibles, qui imposent de mettre en garde les patients via des recommandations postopératoires écrites.

Apparentés aux benzodiazépines sans en être, l'Imovane et le Stilnox ont des effets similaires mais avec des demi-vies plus courtes : de 3 à 6 h. Leurs bénéfices comme les précautions à prendre sont cependant identiques à ceux des benzodiazépines. Restent les antihistaminiques, parmi lesquels l'Atarax, très utile dans le traitement des manifestations mineures de l'anxiété, comme pour la prémédication sédative, de par ses propriétés anticholinergiques. Son effet variant beaucoup d'une personne à l'autre, il est conseillé de faire un essai quelques jours avant le rendez-vous pour ajuster le dosage.

2 – SÉDATION PAR INHALATION DE MEOPA : UN VRAI PLUS

Facile à administrer, efficace en 3 à 5 minutes, dépourvu de contre-indications et d'effets post-sédatifs, le mélange gazeux équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) est aujourd'hui la technique la plus fiable et la plus sûre pour obtenir une sédation consciente sans aucun effet secondaire. Et ce pour tous types de patients, qu'ils soient angoissés ou non.

Une technique fiable et sûre sans contre-indication absolue

Outre ses propriétés anxiolytiques, le MEOPA présente en effet également des vertus amnésiantes ainsi qu'une action analgésique dose dépendante qui atteint son maximum au bout de 20 à 30 minutes et disparaît au-delà de 2 h 30. Placés en état de conscience modifié mais sans dormir, les patients restent en contact verbal avec l'équipe soignante et leur coopération s'améliore de manière significative, avec un bénéfice qui va croissant de séance en séance. Réconciliés avec les →

INTERVIEW



Dr David Favoli
Omnipraticien à Cuers (83).

“Le MEOPA a réconcilié certains de mes patients avec les soins.”

Vous utilisez le MEOPA bien avant son autorisation en cabinet. Expliquez-nous.

C'était juste après la fin de mes études ; j'exerçais, à l'époque, à l'hôpital de Marseille. Le MEOPA y était utilisé en odontologie pédiatrique. Le sujet m'a intéressé et j'ai suivi un DU de sédation. Lorsqu'il a été question d'étendre son usage au secteur libéral, une étude a été menée avec une quinzaine de cabinets pilotes. J'en ai fait partie ; nous étions en 2008. J'y ai alors aussi formé mon équipe car, avec le MEOPA, plus que jamais, travailler à quatre mains est indispensable.

Pour quel type de patients l'utilisez-vous ?

Plutôt pour des enfants ou des

patients présentant un gros problème d'anxiété non pris en charge. Des patients qui ont souvent eu de mauvaises expériences par le passé. Dans ma patientèle, cela représente environ un patient sur vingt. La plupart me sont adressés par des confrères. Je procède alors toujours à une évaluation comportementale, car l'usage du MEOPA n'est pas systématique. Il m'arrive aussi d'opter pour d'autres solutions comme la distraction ou la prémédication. Si le MEOPA est indiqué, je présente alors le protocole et les équipements aux parents et/ou au patient. Car la plupart ont des idées reçues. Déroulement des soins, avantages, effets secondaires... tout doit être clair pour obtenir une véritable alliance thérapeutique.

Est-ce que vous obtenez le résultat escompté ?

Oui, sauf en cas de mauvaise indication comme un trouble du comportement, mais c'est très rare. Dans la majorité des cas, le patient est détendu, son anxiété baisse, voire disparaît et ses constantes s'améliorent. Le léger effet amnésiant du MEOPA et son effet analgésique contribuent à lui laisser un bon souvenir des soins. Pour certains, qui n'ont pu se soigner correctement pendant des années en raison de leur phobie, c'est un soulagement. Comme un poids qui tombe de leurs épaules. Quant à moi, cela me permet de me concentrer sur l'essentiel, c'est-à-dire la qualité des soins.



soins dentaires, certains n'ont parfois même plus besoin de MEOPA au fil du temps.

Au-delà de cet avantage majeur, l'intérêt du MEOPA réside aussi dans une multitude d'autres indications particulières. Ainsi se révèle-t-il particulièrement utile dans le traitement des urgences en traumatologie dentaire et chez les patients ayant un réflexe nauséeux incontrôlé. Sans oublier tous ceux qui souffrent d'une maladie cardiovasculaire (angor, infarctus, insuffisance cardiaque équilibrée,

des accidents. Aussi l'ANSM a-t-elle conditionné l'utilisation de ce dispositif par le chirurgien-dentiste libéral à la nécessité de se former. Considérant en outre que l'administration du MEOPA nécessite une surveillance continue du patient par une tierce personne, elle recommande aussi de former le reste de l'équipe. Tout praticien souhaitant obtenir le droit d'utiliser le MEOPA doit donc communiquer au Conseil National de l'Ordre l'attestation de suivi de la formation MEOPA ainsi que celle de formation aux gestes d'urgence. Une liste des formations reconnues

équipements, à savoir : une bouteille de mélange gazeux équimolaire composé à 50 % d'oxygène et à 50 % de protoxyde d'azote (en location auprès d'un laboratoire), des masques transparents à usage unique de différentes tailles, des filtres antibactériens à usage unique et un circuit d'administration-évacuation à changer toutes les quinze séances. Ces formations permettent aussi de découvrir comment accompagner le patient sur le plan psychocomportemental. C'est-à-dire comment l'aider à coopérer et à adhérer aux soins. Une aide qui passe par de la bienveillance et de l'écoute, mais aussi de l'empathie avec sa douleur ou sa peur pour créer une alliance thérapeutique.

Un coût pour le patient

Processus psychophysiologique permettant de modifier notre état de conscience pour passer d'une conscience logique à une conscience imaginaire, l'hypnose tente de changer son image et se développe peu à peu dans le monde médical. Rien à voir avec l'hypnose de spectacle. Il s'agit ici d'hypnose médicale suggestive, qui demande une formation indispensable. Mais elle suscite toujours méfiance

et moqueries. En pratique, l'hypnose prend la forme d'un processus de communication active entre deux personnes ou entre le patient et lui-même, et peut devenir alors un allié puissant au service des soins. Elle modifie notre plasticité cérébrale, notamment au sein du système limbique, qui joue un rôle important dans notre comportement et nos émotions. On plonge le patient dans un état de conscience modifiée, en cherchant à focaliser son attention sur quelque chose, comme un souvenir agréable. Très loin du phénomène de foire, cette pratique tend à se développer dans de nombreuses spécialités médicales : en ophtalmologie, avec des opérations de la cataracte sous hypnose pure, en gynécologie ou en traumatologie en associant hypnose et anesthésie locale et, il y a seulement quelques semaines, la première opération de chirurgie vasculaire sous hypnose avec pose d'une prothèse vasculaire sur l'aorte abdominale d'un patient. En cabinet dentaire, l'hypnose peut être utilisée de deux manières. En envoyant le patient consulter un hypnothérapeute, une ou plusieurs fois avant les soins, ou en le soignant directement sous hypnose, à condition d'être à la fois chirurgien-dentiste et hypnothérapeute, ce qui reste encore assez rare.

“ La prise en charge de la douleur et de l'anxiété de nos patients doit rester l'une de nos préoccupations quotidiennes. ”

Analésie et bien-être

Qu'elle soit externalisée ou pas, l'hypnose dentaire présente de nombreux avantages.

- 1 – Diminuer la douleur aiguë d'un soin iatrogène. On parle alors d'analésie hypnotique, qui peut aller jusqu'à se substituer, en partie ou totalement, à une anesthésie locale, chez certains patients allergiques.
- 2 – Atténuer la douleur chronique, qu'elle soit d'origine psychosomatique ou clinique.
- 3 – Faciliter le déroulement de certaines interventions : un patient sous hypnose est plus détendu, saigne moins et cicatrise plus vite.
- 4 – Diminuer l'angoisse préopératoire avant ou au cours du soin. Le patient phobique est en effet invité à anticiper le protocole des soins en état hypnotique à l'aide de visualisations, de métaphores et de relaxation progressive. La détente ressentie, ainsi que la participation active du patient par l'expérience et

l'apprentissage du lâcher prise aident celui-ci à trouver les ressources nécessaires pour diminuer sa peur. Peur de la douleur, de l'anesthésie ou tout simplement peur d'aller consulter. 5 – Enfin l'hypnose est aussi un moyen efficace de lutte contre les acouphènes ou le bruxisme, pathologies pour lesquelles les patients consultent souvent les chirurgiens-dentistes. Des formations référencées sont à la disposition des chirurgiens-dentistes sur le site de l'UFSBD.

Quoi qu'il en soit, la prise en charge de la douleur et de l'anxiété de nos patients doit rester l'une de nos préoccupations quotidiennes. L'arrivée récente du MEOPA dans les structures de ville et le développement progressif de l'hypnose dans le domaine médical doivent nous permettre de reconsidérer largement la façon dont seront envisagées les techniques de sédation dans notre profession. ■

“ Simple à utiliser, le MEOPA n'en reste pas moins un dispositif de sédation qui nécessite un minimum de connaissances et de pratique. ”

trouble du rythme, hypertension artérielle, etc.). En réduisant leur stress et en leur apportant un supplément d'oxygène, le MEOPA leur évite, bien souvent, de faire un malaise. Autre avantage de taille, le MEOPA ne présente aucune contre-indication absolue. Non irritant pour l'épithélium pulmonaire, le protoxyde d'azote peut être utilisé chez les asthmatiques. Son mélange équimolaire et l'absence de risque d'hypoxie en font une technique particulièrement recommandée pour les patients présentant un antécédent d'AVC. Contrairement à d'autres formes de sédation, il peut même être utilisé chez les patients souffrant d'une hépatite ou d'une cirrhose, puisqu'il n'est pas métabolisé par l'organisme. Tout au plus retiendra-t-on quelques contre-indications relatives ou précautions, comme les antécédents de pneumothorax, l'hypertension intracrânienne ou la déficience en vitamine B12, l'insuffisance cardiaque non équilibrée ou l'insuffisance artérielle pulmonaire et l'emphysème.

Une formation obligatoire et un équipement spécifique

Simple à utiliser, le MEOPA n'en reste pas moins un dispositif de sédation qui nécessite un minimum de connaissances et de pratique. Les occluter peut avoir des conséquences plus ou moins graves pour le patient, telles qu'une moindre efficacité du mélange, l'aggravation de l'état d'angoisse, voire

conformes peut être téléchargée sur le site de l'Ordre. D'une durée de deux jours, ces formations permettent notamment à l'équipe de prendre en main les différents



INTERVIEW

Béatrice P.
48 ans.

“ De séances de torture, les soins sont devenus de vrais moments de détente. ”

Avant d'être soignée sous MEOPA, vous vous présentiez comme un « cas désespéré ». Pourquoi ?

La peur du dentiste m'a tenue à l'écart des soins (ou presque) pendant trente-cinq ans. Des rendez-vous, j'en ai eu mais j'attendais le dernier moment, je reportais, j'annulais. Aujourd'hui, il me manque six dents, quatre sont dévitalisées, deux sont en sursis et je porte un appareil dentaire... Mon capital est sacrément entamé. Mais rien n'est irréversible, heureusement. Car dans moins d'un mois, je vais me faire poser des implants. Sous MEOPA, bien sûr !

D'autres techniques existent, pourtant. Ne les avez-vous pas essayées ?

Si, et mes praticiens successifs aussi, avec

beaucoup de patience, d'ailleurs. Mais rien n'a vraiment été efficace. Sous Lexomyl, Temesta ou Valium, j'étais soit complètement droguée, soit toujours aussi angoissée. Même avec des doses importantes, mon stress était tel que les anesthésies avaient du mal à prendre. Le chirurgien-dentiste de l'époque n'en revenait pas ! À force d'annuler des rendez-vous, je me suis retrouvée à deux reprises avec des abcès tels que ma joue avait triplé de volume et qu'il m'a fallu prendre des antibiotiques par voie intramusculaire.

J'ai alors opté pour l'hypnose et j'y ai cru, avec un nouveau praticien qui était aussi hypnothérapeute. Après deux ou trois consultations de mise en situation, tout allait bien, j'étais très détendue. Jusqu'à ce

qu'on passe aux soins. L'angoisse m'a alors à nouveau submergée. Le MEOPA était ma dernière chance.

Comment l'avez-vous découvert ?

À l'occasion d'une rage de dents, pendant les vacances. On m'a adressée au Dr S... Je suis arrivée à son cabinet tordue de douleur et d'angoisse ; j'en suis ressortie avec des ailes. Non seulement, ma dent a pu être traitée en une seule séance, mais je n'ai eu ni mal ni peur et je n'ai pas vu le temps passer. Alors j'ai pris mes habitudes chez le Dr S... De séances de torture, les soins sont devenus de véritables moments de détente. Un plan de traitement m'attend sur plus d'un an pour la réhabilitation complète de ma cavité buccale.

Évaluer le niveau d'angoisse de vos patients

Mise au point aux États-Unis en 1969 et toujours utilisée aujourd'hui, l'échelle du psychologue américain Norman Corah permet d'évaluer le niveau d'anxiété d'un patient face aux soins dentaires en 5 questions.

Pour chacune d'entre elles, le patient doit choisir entre 5 réponses.

- | | |
|---|---|
| ✗ Ne pas avoir peur, être très à l'aise | ✗ Avoir très peur, être angoissé |
| ✗ Être un peu mal à l'aise | ✗ Être terrorisé au point de transpirer ou d'être physiquement malade |
| ✗ Avoir assez peur, être un peu tendu | |

Les réponses rapportent, dans l'ordre, 1, 2, 3, 4 ou 5 points.

LES QUESTIONS SONT LES SUIVANTES

- 1 Vous avez rendez-vous demain chez le dentiste, que ressentez-vous ?
- 2 Vous êtes dans la salle d'attente, comment vous sentez-vous ?
- 3 Vous êtes dans le fauteuil du dentiste. Il prend ses instruments rotatifs et s'apprête à travailler dans votre bouche. Que ressentez-vous ?
- 4 On vous fait un soin dentaire avec détartrage et polissage. Comment vous sentez-vous ?
- 5 On vous fait une injection d'anesthésie au-dessus de la dernière molaire du haut, ou bien on est en train de vous dévitaliser/extraire une dent. Dans quel état êtes-vous ?

LES RÉSULTATS

Le résultat est compris entre 5 et 25, selon le niveau d'anxiété.

- ✓ **Score inférieur ou égal à 8**
Pas d'anxiété pour les soins dentaires.
- ✓ **Score compris entre 9 et 12**
Anxiété modérée. Des moyens existent pour détendre votre patient : hypnose ou sédation orale légère. Parlez-en avec lui.
- ✓ **Score compris entre 13 et 14**
Anxiété élevée. Des moyens existent pour détendre votre patient. Hypnose, sédation orale ou MEOPA. Parlez-en avec lui.
- ✓ **Score compris entre 15 et 20**
Anxiété sévère (phobie). Proposez à votre patient de tester les soins sous MEOPA.



1^{er} soins à l'Eau thermale pour vos dents et vos gencives



BUCCOTHERM®

Programme Orthodontie



ACL: 9581576



LE GEL DENTIFRICE À L'EAU THERMALE :

- Favorise la diminution des saignements occasionnels et des sensibilités gingivales
- Faible abrasivité sur l'émail et la dentine (RDA et REA)
- Arôme naturel de menthe
- Certifié BIO par Ecocert
- En brossage après chaque repas sur une brosse souple ou en massage directement sur la gencive.



ACL: 7645154

LE SPRAY DENTAIRE À L'EAU THERMALE :

Contient 100% d'eau thermale pure, sans ajout de conservateur, pour une double action :

- Action apaisante et hydratante, il aide à résoudre les petits tracas liés au port d'un appareil dentaire (blessures, saignements, irritations...).
- Action nettoyante et stimulante permettant de nettoyer les espaces inter-dentaires inaccessibles avec la brosse à dents.

EFFICACITÉ CLINIQUEMENT PROUVÉE



ACTION NETTOYANTE ET STIMULANTE

EN COMPLÉMENT DU GEL DENTIFRICE.

SANS ALCOOL, SANS PARABEN, SANS COLORANTS NI ARÔMES ARTIFICIELS

Eau thermale de Castéra-Verdun (Gers) - Source agréée depuis 1983 pour le traitement des affections bucco-dentaires

* Cosmétique Ecologique et Biologique certifié par Ecocert Greenlife selon le référentiel Ecocert disponible sur <http://cosmetiques.ecocert.com>



En vente en pharmacie et parapharmacie



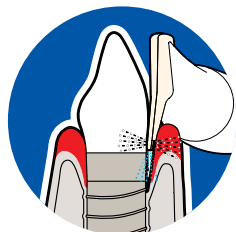
BUCCOTHERM®

www.buccotherm.com

EMS⁺

DES ÉTUDES CLINIQUES* PROUVENT LA SUPÉRIORITÉ DE LA MÉTHODE ORIGINALE AIR-FLOW® PERIO → POUR LA PRÉSERVATION DES DENTS NATURELLES ET L'ENTRETIEN DES IMPLANTS

* EMS Clinical Evidence sur le site www.air-flow-perio.fr



> La pièce à main PERIO-FLOW®
et son embout pour les applications
sous-gingivales

> La poudre AIR-FLOW® PERIO
à base de glycine pour une
élimination tout en douceur du
biofilm



Pour plus d'information > EMS France, tél : 01 34 58 03 80, Email : info@ems-france.fr

EMS-SWISSQUALITY.COM

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

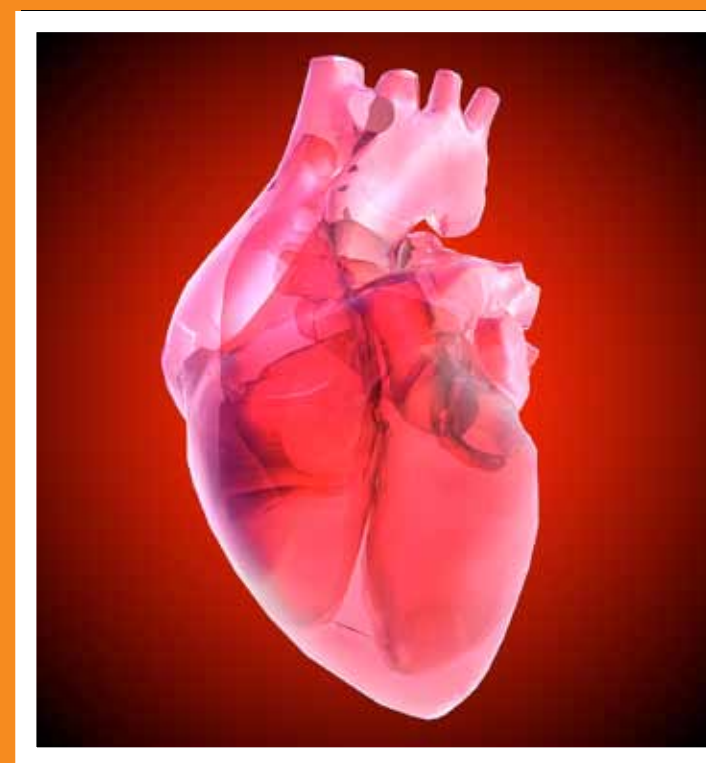
EN PRATIQUE

FORMATION

SANTÉ PUBLIQUE

P. 28

Enquête Recommandations sur l'antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse



Évaluer, prévenir et surveiller,
3 actions essentielles pour faire
face à l'endocardite infectieuse.
Cette maladie rare mais grave a
fait l'objet d'une étude poussée
auprès de chirurgiens-dentistes
dans le but d'établir une stratégie
préventive et de mettre en place
des formations spécifiques.
Découvrez les enseignements de
notre enquête dans ce dossier.

Fiches
pratiques à
conserver

P. 35

Prescription des anti- biotiques en pratique bucco- dentaire

P. 36
P. 38

Antibio- thérapie prophy- lactique



Enquête

L'antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse

Article rédigé par **Alexandra Cloitre**, Interne en Odontologie, CHU de Nantes – alexandra.cloitre@hotmail.fr ; **Xavier Duval**, PU-PH, infectiologie, Président de l'AEPEI, Hôpital Bichat (AH-HP) – xavier.duval@bch.aphp.fr ; **Philippe Lesclous**, PU-PH, chirurgie orale, CHU de Nantes – philippe.lesclous@univ-nantes.fr.

L'endocardite infectieuse (EI) est une maladie rare (3 à 10 cas pour 100 000 personnes par an), mais grave. Compte tenu du taux de mortalité élevé, 20 % à la phase initiale hospitalière et 40 % à 5 ans, mais aussi du coût engendré par la prise en charge de séjours hospitaliers longs, les stratégies préventives prennent tout leur sens.

Selon notre étude, menée en septembre, 94 % des chirurgiens-dentistes suivent des patients à risque d'EI. La formation des praticiens sur la prise en charge de ces sujets apparaît donc primordiale. L'antibioprophylaxie de l'EI est recommandée en France depuis la circulaire ministérielle de 1959. Après avoir connu une phase ascendante, où ses indications se sont multipliées, une phase descendante s'est amorcée en 2002. La réduction du champ

d'application de l'antibioprophylaxie s'est poursuivie, en 2011, avec un référentiel émanant de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire et de Produits de Santé – AFSSAPS (aujourd'hui Agence Nationale de Sécurité du Médicament ANSM). La prophylaxie antibiotique avant un geste bucco-dentaire invasif ne concerne désormais plus que les patients à haut risque d'EI. Cette enquête a été réalisée en septembre 2012. L'objectif principal

était d'évaluer les connaissances et l'application des recommandations de bonnes pratiques sur l'antibioprophylaxie de l'EI par les chirurgiens-dentistes français. Elle a été menée en collaboration avec l'Association pour l'Étude et la Prévention de l'Endocardite Infectieuse (AEPEI) via le réseau de praticiens de l'UFSBD. Voici les principaux résultats de cette étude.

59%

Des praticiens déclarent avoir une bonne ou une très bonne connaissance des recommandations.

Mais 13%

savent apprécier le risque d'EI des cardiopathies.

Et 3%

connaissent correctement la faisabilité des gestes bucco-dentaires chez un patient à risque d'EI.

1 – LES CARACTÉRISTIQUES DES CHIRURGIENS-DENTISTES AYANT PARTICIPÉ À L'ÉTUDE

L'enquête a permis de recueillir 906 questionnaires électroniques. Parmi eux, 530 ont été complétés entièrement et ont servi à l'analyse présentée ici. L'échantillon était constitué par autant de femmes que d'hommes (sexe ratio de 1). La tranche d'âge la plus représentée était celle des 35-50 ans (39 %). L'échantillon était constitué majoritairement de chirurgiens-dentistes exerçant en cabinet individuel (55 %). Le tableau 1 présente les principales caractéristiques des praticiens ayant répondu à l'enquête. Il permet également une comparaison avec les données démographiques nationales actuelles.

	Enquête 2012 (n=530)	Rapport National 2012 (n=39805)
Sexe H/F	1	1,52
– 35 ans	17 %	16 %
35 – 50 ans	39 %	32 %
51 – 60 ans	36 %	34 %
+ 60 ans	9 %	17 %
Répartition géographique		
Île-de-France	13 %	21 %
Nord-Ouest	23 %	16 %
Nord-Est	23 %	19 %
Sud-Ouest	15 %	14 %
Sud-Est	24 %	28 %
DOM	2 %	2 %
Mode(s) d'exercice		
Individuel	55 %	43 %
Groupe	44 %	31 %
Hospitalier	4 %	2 %

Tableau 1 : caractéristiques démographiques des répondants et données nationales (* 35 à 49 ans, ** 50 à 59 ans).

2 – LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS À RISQUE D'EI

La démarche de la prévention de l'EI peut se décomposer en trois étapes : évaluer, prévenir et surveiller. Ces différents aspects ont été explorés dans l'enquête.

ÉVALUER

Risque lié au terrain
Risque lié au geste

PRÉVENIR

Antibioprophylaxie
Hygiène bucco-dentaire
Carte de prévention de l'EI

SURVEILLER

Suivi régulier
des patients à risque

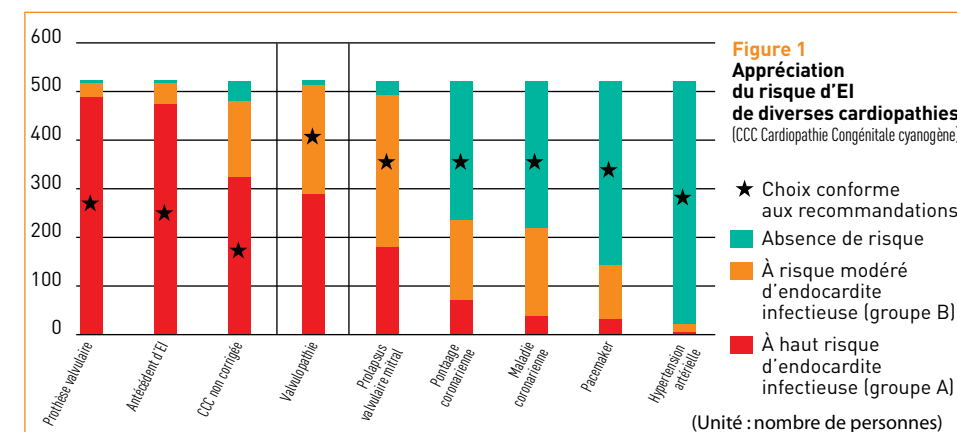
ÉVALUER

Les cardiopathies à risque d'EI ► Connaissance des pathologies cardiaques à risque d'EI

Seuls les patients avec une prothèse valvulaire (mécanique, bioprothèse ou réparation) et/ou un antécédent d'EI et/ou une cardiopathie congénitale cyanogène non corrigée sont concernés

par l'antibioprophylaxie. Ils sont correctement classés comme à haut risque d'endocardite par la majorité des praticiens (respectivement 93 %, 91 % et 62 %). Le prolapsus valvulaire mitral (antibioprophylaxie non recommandée) est répertorié de manière adéquate comme cardiopathie à risque modéré par 62 % des praticiens. A contrario,

les valvulopathies sont considérées, à tort, à haut risque d'EI par la majorité des répondants (55 %). Les pontages coronaires, les maladies coronariennes, les pacemakers ou l'hypertension artérielle sont le plus souvent considérés justement comme non à risque d'EI (de 55 à 96 %).



43%

des prescriptions sont injustifiées au vu du terrain cardiaque.

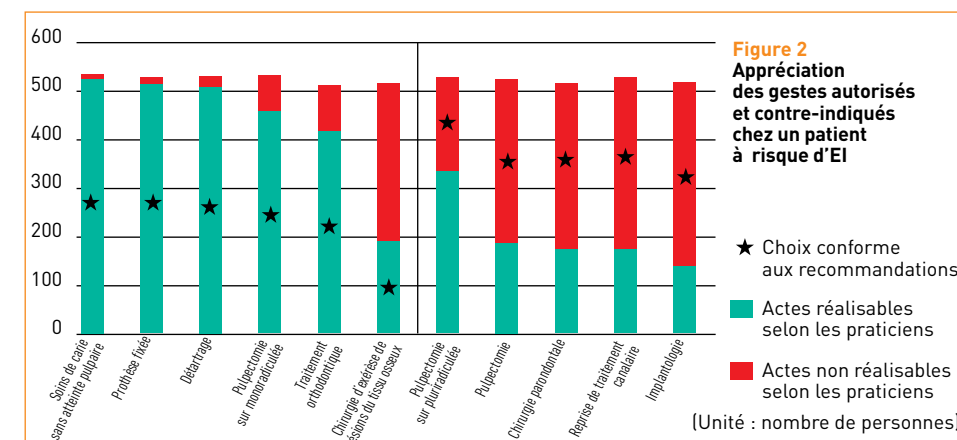
► Indications de l'antibioprophylaxie selon le terrain cardiaque

D'une façon globale, les cardiopathies perçues comme les plus à risque par les praticiens font l'objet d'une antibioprophylaxie. Sur toutes les prescriptions enregistrées (n = 2564), 57 % concernent à juste titre les cardiopathies à haut risque, seules redevables, aujourd'hui, d'une

antibioprophylaxie, mais 32 % concernent des cardiopathies à risque modéré et 11 % des cardiopathies non à risque. Donc, au total, environ 43 % de ces prescriptions sont non conformes aux recommandations actuelles.

Les actes à risque

► Connaissance des gestes autorisés et contre-indiqués



Certains gestes bucco-dentaires sont contre-indiqués chez les patients du groupe à haut risque d'EI. Chez un patient porteur d'une prothèse valvulaire, pour 9 des 11 actes proposés, la majorité des répondants optent pour un choix approprié (figure 2). Les deux gestes incorrectement perçus sont les pulpectomies sur des dents pluriradiculées et la chirurgie d'exérèse des lésions du tissu osseux. 63 % des sondés réaliseraient cet acte d'endodontie en réalité contre-indiqué dans la plupart des situations. En effet, même s'il peut s'envisager, à la rigueur, sur la première prémolaire, des conditions sont requises : la vitalité pulpaire doit être vérifiée, le traitement doit se faire sous digue, en une seule séance, avec un accès à la totalité de la lumière canalaire. Pour ce qui est de la chirurgie d'ablation de lésions osseuses, 62 % des praticiens s'abstiendraient de la réaliser bien qu'elle soit autorisée. ➔

PARCOURS DE SANTÉ

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

Et vous ? »

PRATIQUE

PROXIMITÉ

PRÉVENTION

INFLUENCER

Dr. Arnaud B.

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

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

Dr. Noëlle S.

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

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

Dr. Philippe G.

Gerzat (63), adhérent depuis 1994

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

Dr. Carine B.

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

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

Dr. Alain N.

Dompierre (88), adhérent depuis 1997

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

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

Docteur : E-mail : Tél :

Adresse du Cabinet :

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

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

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

REJOIGNEZ L'UFSBD ! www.ufsbd.fr



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

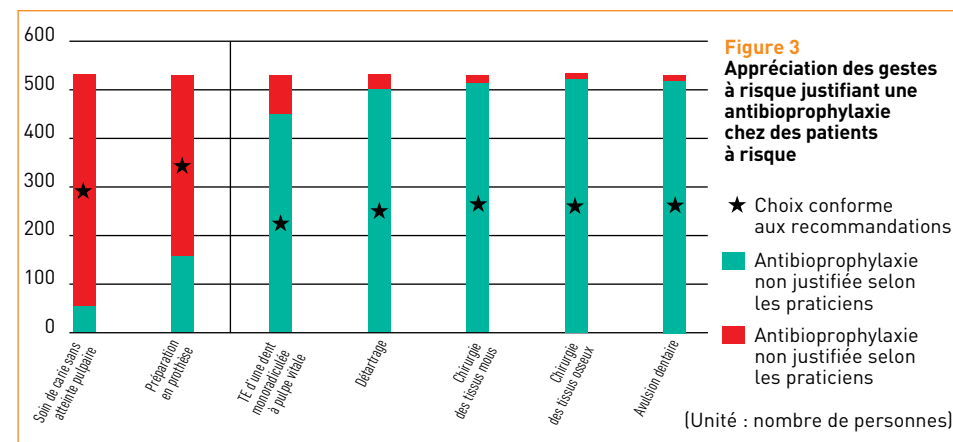


Un peu plus d'un praticien sur deux ferait de l'implantologie chez un patient présentant une insuffisance mitrale (57%). Cet acte est effectivement bien autorisé selon les recommandations actuelles pour les cardiopathies à risque modéré. Il est à noter, cependant, qu'un quart des praticiens (26%) mettraient en place des implants chez un patient à haut risque d'endocardite infectieuse, alors que ce geste est contre-indiqué dans cette population.

► Indication de l'antibioprophylaxie selon le geste

La nécessité d'une antibioprophylaxie avant la réalisation de divers gestes bucco-dentaires chez un patient à haut risque d'EI a été ensuite explorée (figure 3). Pour l'ensemble des actes proposés, le choix de la majorité des répondants est conforme aux recommandations. Certains actes ont recueilli plus de 85% de réponses concordantes. Il s'agit des soins de carie sans atteinte

pulpaire, de traitements endodontiques de dents monoradiculées à pulpe vitale, de détartrages, de chirurgie des tissus mous et des tissus durs, et d'avulsions dentaires. En revanche, pour les actes de préparation prothétique, le taux de réponse discordante est important (30%). Cela peut s'expliquer par le manque de précision dans la formulation de la question, où les actes hémorragiques ou non ne sont pas distingués.



52%

des praticiens adoptent une posologie non conforme.

PRÉVENIR

Le protocole d'antibioprophylaxie

► En première intention

Pour 72% des praticiens, une antibioprophylaxie de l'EI consiste en l'administration d'antibiotique(s) uniquement avant le geste, conformément aux recommandations. Si la molécule préconisée, l'amoxicilline, et la monothérapie en une prise unique, une heure avant le rendez-vous, sont des messages qui sont bien passés auprès de la profession, ce n'est pas le cas de la posologie. Ainsi, parmi les praticiens prescrivant de l'amoxicilline uniquement avant le geste dentaire, la majorité (52%) adoptent une posologie non conforme de 3 g au lieu des 2 g préconisés. Pour ce qui concerne les doses pédiatriques, seuls 26% des chirurgiens-dentistes prescrivent de l'amoxicilline à la posologie adéquate de 50 mg/kg.

► En cas d'allergie à l'antibiotique prescrit en première intention

Parmi l'ensemble des répondants, la majorité (43%) prescrivent la molécule recommandée : la clindamycine. 31% des praticiens continuent à prescrire la pristinamycine, bien qu'elle ne soit plus préconisée par les recommandations actuelles (voir tableau ci-dessous).

Hygiène bucco-dentaire

Il s'agit du principal moyen de lutte contre les bactériémies spontanées. L'existence même de ce type de bactériémies n'est connue que par environ un tiers des chirurgiens-dentistes (36%). Parmi ces praticiens, seuls 21% sont capables d'en donner une définition correcte. Elles sont engendrées par des actes quotidiens tels que le brossage et la mastication ; elles sont fréquentes et pourraient être impliquées dans un grand nombre d'EI d'origine bucco-dentaire.

Situation	Antibiotique	Prise unique dans l'heure qui précède l'intervention	
		Adulte	Enfant
Sans allergie aux pénicillines	Amoxicilline	2 g	50 mg/kg
En cas d'allergie aux pénicillines	Clindamycine	600 mg	20 mg/kg

SURVEILLER

Pour ce qui concerne le suivi des patients ayant une cardiopathie à risque d'EI, 63% des chirurgiens-dentistes les convoquent deux fois par an, conformément à ce qui est préconisé. 47% des praticiens effectuent un contrôle postopératoire après un acte hémorragique, alors qu'il devrait être systématique. Cette enquête a révélé des lacunes en matière de connaissance des recommandations parmi les praticiens interrogés. Ils en sont bien conscients, puisque 41% reconnaissent avoir

un savoir insuffisant ou moyen. La diffusion des informations est donc un premier problème crucial, le second étant une bonne compréhension de ces recommandations. Des actions de formation sont donc nécessaires. Une première piste de réflexion peut d'ailleurs être dégagée de cette étude, puisque 57% des répondants ignorent comment accéder au référentiel actuel. Les informations sur le suivi des recommandations de bonnes pratiques par les praticiens sont précieuses. En effet, associées à des études épidémiologiques sur la prévalence de l'EI, elles pourraient donner

des indications sur l'efficacité des stratégies de prévention actuelle. ■

L'AEPEI et l'UFSBD remercient tous les confrères ayant participé à cette enquête.

Les dernières recommandations 2011 sont disponibles sur le site de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé : <http://ansm.sante.fr>, Accueil → Publication → Recommandations → Médicaments → Odonto-stomatologie

CONSEILS PENDANT LA DURÉE DU TRAITEMENT ANTICOAGULANT

SFC / SFCV

Traitement : ☐ Temporaire ☐ Définitif

INR CIBLE : entre et Contrôlez l'INR au moins une fois par mois

Notez les INR sur votre carnet de traitement anticoagulant

- Ne prenez aucun autre médicament sans avis médical (risques d'interactions)
- Consultez votre médecin en urgence en cas de saignement ou d'hématome ou si l'INR est supérieur à 5
- Prenez l'avis de votre médecin si l'INR est en dehors des valeurs cibles
- Signalez que vous êtes sous anticoagulant à tout médecin/professionnel de santé
- Ne modifiez pas ou n'interrompez pas le traitement sans avis médical

Cardiologue traitant : Médecin traitant :

Fédération Française de Cardiologie

PRÉVENTION DE L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE

SPLF / SFC / FFC / SFCV / ADF

Actualisation 2011 des recommandations

Nom, prénom :

Cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse :

☐ Prothèse valvulaire cardiaque ou anneau valvulaire

☐ Antécédent d'endocardite infectieuse

☐ Cardiopathie congénitale cyanogène

Remis par le Dr : à :

tél. : email :

www.infectiologie.com www.sfcadio.fr

www.adf.asso.fr www.fedecardio.com

ASSOCIATION POUR L'ETUDE ET LA PREVENTION DE L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE

Fédération Française de Cardiologie

Cette carte doit être systématiquement montrée à votre médecin et / ou votre dentiste

En cas de soin dentaire à risque*, traitement antibiotique préventif impératif : Prenez en une prise, par la bouche, dans l'heure précédant les soins

En l'absence d'allergie connue aux B-lactamines : Amoxicilline : 2 g (enfant : 50 mg/kg)

Si allergie connue aux B-lactamines : Clindamycine : 600 mg (enfant 20 mg/kg)

En cas de fièvre (avec ou sans soin dentaire préalable) :

- prévenez systématiquement votre médecin
- présentez-lui cette carte
- ne prenez pas d'antibiotique sans son avis et/ou avant la recherche de germes dans le sang par une hémoculture

Brossage quotidien des dents, visite semestrielle systématique chez le chirurgien dentiste sont également indispensables pour une bonne prévention

* consultez votre cardiologue, votre médecin traitant et/ou les sites indiqués au verso

CHIRURGIE VALVULAIRE

SFC / SFCV

Date d'implantation :

Lieu d'implantation :

Nom du chirurgien :

Aortique	Mitrale	Autres
☐ Mécanique	☐ Mécanique	☐ Mécanique
☐ Biologique	☐ Biologique	☐ Biologique
☐ Réparation	☐ Réparation	☐ Réparation
Modèle/ref. :	Modèle/ref. :	Modèle/ref. :
N° de série :	N° de série :	N° de série :
Diamètre :	Diamètre :	Diamètre :

PRÉVENTION DE L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE

SPLF / SFC / FFC / SFCV / ADF

Actualisation 2011 des recommandations

Nom, prénom :

Vous présentez la cardiopathie suivante :

☐ Insuffisance aortique, insuffisance mitrale, rétrécissement aortique, bicuspidie aortique

☐ Cardiopathie congénitale non cyanogène

☐ Prolapsus valvulaire mitral avec insuffisance mitrale / épaissement

☐ Cardiomyopathie hypertrophique obstructive

Cette cardiopathie peut être associée à la survenue d'une endocardite infectieuse. Elle ne justifie toutefois pas l'administration préventive d'antibiotiques avant un soin dentaire.

Remis par le Dr : à :

tél. : email :

www.infectiologie.com www.sfcadio.fr

www.adf.asso.fr www.fedecardio.com

ASSOCIATION POUR L'ETUDE ET LA PREVENTION DE L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE

Cette carte doit être systématiquement montrée à votre médecin et / ou votre dentiste

Votre cardiopathie NE nécessite PAS d'antibiotique à visée préventive en cas de soin dentaire

MAIS les mesures suivantes sont indispensables :

Pour une prévention efficace

- brossez-vous les dents quotidiennement
- rendez visite tous les 6 mois à votre chirurgien dentiste

En cas de fièvre (avec ou sans soin dentaire préalable) :

- prévenez systématiquement votre médecin
- présentez-lui cette carte
- ne prenez pas d'antibiotiques sans son avis et/ou avant la recherche de germes dans le sang par une hémoculture

Fédération Française de Cardiologie

Confiez-nous la mise en place de l'ensemble
de vos obligations en Radioprotection !

- 1 Un contrat unique
- 2 Un interlocuteur unique
- 3 Un prix unique et maîtrisé
- 4 La garantie de répondre à l'ensemble de vos obligations

Pack Global Dentaire

Pack PCR Dentaire

Mise à disposition d'une Personne Compétente en Radioprotection (PCR)
Aide à la constitution du dossier de déclaration ASN
Contrôles Techniques en Radioprotection Internes annuels
Formation à la Radioprotection du Personnel
Etudes de postes et Délimitation des Zones de Travail en Radiologie Dentaire
Et bien d'autres prestations ...

+ Mise à disposition d'un Radiophysicien

+ Contrôle Technique de Radioprotection Externe

+ Contrôle Qualité Externe

+ Contrôle Électrique 

553€*

Offre EXCLUSIVE
Adhérents UFSBD

Options

- Document Unique 95 € *
- Contrôle air comprimé prix sur demande

Offre proposée en partenariat avec



et



N'attendez plus... 03 68 33 11 39 / commerce@alara-expertise.fr

Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire

Pr Philippe Lesclous : UFR Odontologie, Département de Chirurgie Orale, Nantes, France

Plus de dix ans se sont écoulés entre les précédentes recommandations en la matière et celles dont sont issues les fiches de bonne pratique jointes. Que s'est-il passé durant cette période qui puisse justifier une actualisation ? Quelques avancées scientifiques significatives dans des domaines très ciblés qui permettent d'étayer plusieurs messages principaux :

- En médecine bucco-dentaire, les antibiotiques sont réservés à des situations (en réalité peu fréquentes) pour lesquelles ils sont nécessaires.
- L'utilisation d'antibiotique ne peut ni pallier l'insuffisance d'hygiène orale, ni se substituer aux règles universelles d'hygiène et d'asepsie inhérentes à toute pratique de soins.
- L'hygiène orale revêt un caractère fondamental dans la prévention des infections en médecine buccodentaire. Les patients doivent recevoir une information adaptée en ce sens.
- Sur le plan du risque infectieux, il convient de distinguer les patients :
 - de la population générale, de loin les plus nombreux (absence d'immunodépression ou de cardiopathie à haut risque d'endocardite infectieuse),
 - immunodéprimés (après évaluation soigneuse avec les médecins concernés),
 - à haut risque d'endocardite infectieuse (prothèse valvulaire, antécédent d'endocardite infectieuse, cardiopathie congénitale cyanogène). Dorénavant, chez les patients présentant une cardiopathie à risque modérée (autres valvulopathies, autres cardiopathies congénitales, prolapsus de la valve mitrale...) et les patients porteurs d'une prothèse articulaire, l'antibiothérapie prophylactique n'est plus indiquée lorsqu'un geste bucco-dentaire est réalisé.

• Antibiothérapie prophylactique

- est recommandée selon le risque infectieux du patient et l'acte invasif pratiqué ;
- est instaurée pour limiter un risque d'endocardite infectieuse ou pour limiter un risque d'infection locale et son extension éventuelle ;
- son champ d'indication et sa durée de prescription ont été fortement réduits ;
- est recommandée, chez **les seuls** patients à haut risque d'endocardite infectieuse, pour tout acte bucco-dentaire impliquant une manipulation de la gencive (par exemple le détartrage) ou de la région péri-apicale de la dent et en cas d'effraction de la muqueuse orale (exceptée l'anesthésie locale ou locorégionale) ;
- abandon d'une telle prescription prophylactique chez les patients porteurs de prothèses orthopédiques de manière systématique ;
- consiste en **une prise unique** dans l'heure qui précède l'acte :
 - o amoxicilline : 2 g chez l'adulte, 50 mg/kg chez l'enfant (sans dépasser la dose adulte) ;
 - o en cas d'allergie ou d'intolérance aux β -lactamines, clindamycine : 600 mg chez l'adulte, 20 mg.kg-1 chez l'enfant à partir de 6 ans (sans dépasser la dose adulte).

• Antibiothérapie curative

- est subordonnée à la mise en évidence d'un foyer infectieux ;
 - ne doit ni différer, ni se substituer au traitement étiologique non médicamenteux, en particulier chirurgical, du foyer infectieux ;
 - en présence d'une infection accompagnée de fièvre, trismus, adénopathie ou œdème persistant ou progressif, l'antibiothérapie curative sera toujours indiquée en complément du traitement local adéquat.
- Les plus curieux d'entre vous peuvent lire ces nouvelles recommandations in extenso et l'argumentaire qui y est adossé (disponible sur le site de l'Afssaps rubrique publication, puis recommandations, puis médicament, puis odontostomatologie). C'est une mine de renseignements fort utiles.

Télécharger les fiches sur l'antibioprofylaxie curative sur www.dentistepro.fr

Antibiothérapie prophylactique

(d'après Afssaps, juillet 2011)

• En endodontie

Actes bucco-dentaires invasifs	Patient		
	population générale	immunodéprimé	à haut risque d'endocardite infectieuse
Mise en place d'une digue	-	-	R _B
Soins endodontiques :			
Traitement des dents à pulpe vitale	-	R	R _B
Traitement des dents à pulpe nécrosée	-	R	acte contre-indiqué
Reprise de traitement†	-	R	acte contre-indiqué
Chirurgie périapicale :			
Sans comblement à l'aide d'un substitut osseux	- A	R	acte contre-indiqué
Avec comblement à l'aide d'un substitut osseux	-	R	acte contre-indiqué

† : avec ou sans lésion inflammatoire périradiculaire d'origine endodontique (P.L.O.I.E.).

• En parodontologie

Actes bucco-dentaires invasifs	Patient		
	population générale	immunodéprimé	à haut risque d'endocardite infectieuse
Actes et soins parodontaux :			
Détartrage avec et sans surfaçage radiculaire	-	R	R _B
Sondage parodontal	-	R	R _B
Chirurgie parodontale :			
Allongement de couronne clinique	-	R*	acte contre-indiqué
Chirurgie de la poche :			
Lambeau d'accès	- C	R*	acte contre-indiqué
Comblement et greffes osseuses	-	R*	acte contre-indiqué
Membrane de régénération parodontale	- B	R*	acte contre-indiqué
Protéines dérivées de la matrice amélaire	- B	R*	acte contre-indiqué
Chirurgie plastique parodontale :			
Lambeau d'accès	-	R*	acte contre-indiqué
Grefte gingivale	-	R*	acte contre-indiqué

* Chez le patient immunodéprimé, le rapport entre bénéfice de l'intervention et risque infectieux devra être pris en compte.

• Pour les avulsions dentaires et transplantations

Actes bucco-dentaires invasifs	Patient		
	population générale	immunodéprimé	à haut risque d'endocardite infectieuse
Avulsion dentaire :			
Dent sur arcade, alvéolectomie, séparation de racines	-	R	R _B
Amputation radiculaire	-	R	acte contre-indiqué
Dent de sagesse mandibulaire incluse	R _A	R	R _B
Dent incluse (hors dent de sagesse mandibulaire), dent en désinclusion, germectomie	R	R	R _B
Chirurgie préorthodontique des dents incluses ou enclavées	R	R	acte contre-indiqué
Autotransplantation	R	R*	acte contre-indiqué

- : prescription non recommandée.

R : prescription recommandée.

En indice (A, B ou C) : grade de la recommandation. Si celui-ci n'est pas indiqué, comprendre qu'il y a « Accord professionnel ».

* Chez le patient immunodéprimé, le rapport entre bénéfice de l'intervention et risque infectieux devra être pris en compte.

En 2013, obtenez votre diplôme
avec notre formation !AVEC MISES
EN SITUATIONUrgences au cabinet dentaire
(AFGSU niveau 1 et 2 ou une journée de réactualisation)

L'objectif de cette formation validante (AFGSU 1 et 2) est d'identifier et de prendre en charge seul ou avec son assistante dentaire, un patient en situation d'urgence mettant en jeu son pronostic vital ou fonctionnel en utilisant des techniques non invasives en attendant l'arrivée des urgences.

Vous apprendrez à gérer votre stress pour être le plus efficace possible dans la prise en charge de l'Urgence.

LE PROGRAMME

Chirurgien-dentiste (3 jours - 21 heures)

Assistante dentaire (2 jours - 14 heures)



Jour 1	Jour 2	Jour 3
Urgences potentielles I • Malaise vagal • Hypoglycémie • Crise d'asthme • Douleur thoracique • Accident vasculaire cérébral • Convulsions Urgences vitales I • Obstruction des voies aériennes • Hémorragies • Troubles de la conscience • État de choc anaphylactique • Arrêt cardio-respiratoire 1 : le praticien au cabinet dentaire	Urgences vitales II • Arrêt cardio-respiratoire 2 : le praticien au cabinet • Arrêt cardio-respiratoire 3 : le praticien dans un lieu public • Arrêt cardio-respiratoire 4 : le praticien dans un cadre privé Urgences potentielles II • Plaies et brûlures • Traumatismes osseux • Accouchement inopiné	Rappels et nouvelles mises en situation pratiques Urgences collectives Les plans de secours Risques biologiques et chimiques Questions-réponses Évaluation de la formation

PRISE EN CHARGE Cette formation est susceptible d'être prise en charge OGDPC, FIF PL et OPCA PL

JOURNÉE DE REVALIDATION :

Vous avez déjà suivi cette formation depuis près de 4 ans, vous avez l'obligation de réactualiser vos connaissances (formation d'une journée).

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

01 44 90 93 94

Bulletin d'inscription

1. Sessions pour 2013

☐ NANTES : 27, 28 juin et 4 juillet 2013
☐ STRASBOURG : 26, 27 septembre et le 3 octobre 2013
☐ STRASBOURG (revalidation) : 17 octobre 2013
☐ NICE : 9, 10 et 11 octobre 2013
☐ LYON : 10, 11 et 17 octobre 2013
☐ VERSAILLES : 17, 18 et 24 octobre 2013
☐ TOULON : 10 octobre et 7, 14 novembre 2013
COMPLÉT TOULOUSE : 17, 18 et 24 octobre 2013
☐ NANTES : 7, 8 et 14 novembre 2013
COMPLÉT PARIS : 12, 13 et 19 décembre 2013
☐ LA ROCHELLE - EN PREINSCRIPTION
☐ MARSEILLE - EN PREINSCRIPTION

AVEC MISES
EN SITUATIONUrgences au cabinet dentaire
(AFGSU niveau 1 et 2 ou une journée de réactualisation)

Nom du chirurgien-dentiste :

Nom de l'assistante dentaire :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél :

Email :

3. Cochez les
tarifs choisis

	Adhérent UFSBD	Non adhérent
AFGSU I + II (Praticien total pour 3 jours)	☐ 600 €	☐ 700 €
AFGSU I (Assistante total pour 2 jours)	☐ 480 €	☐ 500 €
1 journée de revalidation	☐ 250 €	☐ 300 €

Places limitées
à 12 praticiens

- Pour les chirurgies des tissus durs et des tissus mous.

Actes bucco-dentaires invasifs	Patient		
	population générale	immunodéprimé	à haut risque d'endocardite infectieuse
Chirurgie osseuse (hors actes de chirurgie maxillo-faciale et ORL)	R	R‡	R _B
Exérèse des tumeurs et pseudotumeurs bénignes de la muqueuse buccale	-	R‡	R _B
Freinectomie	-	R‡	R _B
Biopsie des glandes salivaires accessoires	-	R‡	R _B

‡ : Chez le patient immunodéprimé, l'intérêt de l'antibiothérapie prophylactique doit être déterminé en fonction du risque infectieux.

- Pour les actes chirurgicaux en implantologie

Actes bucco-dentaires invasifs	Patient		
	population générale	immunodéprimé	à haut risque d'endocardite infectieuse
Chirurgie préimplantaire :			
Élévation du plancher sinusien avec ou sans matériau de comblement	R	R	acte contre-indiqué
Grefe osseuse en onlay	Rc	R	acte contre-indiqué
Membrane de régénération osseuse ou matériau de comblement	R		acte contre-indiqué
Chirurgie implantaire :			
Pose de l'implant	-	R*	acte contre-indiqué
Dégagement de l'implant	-	R*	acte contre-indiqué
Chirurgie des péri-implantites :			
Lambeau d'accès, comblement, greffe osseuse, membrane	-	R*	acte contre-indiqué

* Chez le patient immunodéprimé, le rapport entre bénéfice de l'intervention et risque infectieux devra être pris en compte.

- Pour les autres actes bucco-dentaires invasifs

Actes bucco-dentaires invasifs	Patient		
	population générale	immunodéprimé	à haut risque d'endocardite infectieuse
Anesthésie locale ou locorégionale dans un tissu non infecté	-	-	-
Anesthésie locale intraligamentaire	-	R*	acte contre-indiqué
Soins prothétiques à risque de saignement	-	R	R _B
Soins orthodontiques à risque de saignement	-	R	R _B

- : prescription non recommandée.

R : prescription recommandée.

En indice : grade de la recommandation. Si celui-ci n'est pas indiqué, comprendre « Accord professionnel ».

* Chez le patient immunodéprimé, une anesthésie locale ou locorégionale devra être préférée à l'anesthésie intraligamentaire.

- Schémas d'administration préconisés pour l'antibiothérapie prophylactique

Situation	Antibiotique	Prise unique dans l'heure qui précède l'intervention	
		Adulte	Enfant
		Posologies quotidiennes établies pour un adulte à la fonction rénale normale	Posologies quotidiennes établies pour un enfant à la fonction rénale normale, sans dépasser la dose adulte
Sans allergie aux pénicillines	Amoxicilline	2 g – v.o. ou i.v.	50 mg/kg – v.o. ou i.v.
En cas d'allergie aux pénicillines	Clindamycine	600 mg – v.o. ou i.v.	20 mg/kg – v.o.† ou i.v.

v.o. : voie orale.

i.v. : voie intraveineuse, lorsque la voie orale n'est pas possible.

† : du fait de sa présentation pharmaceutique disponible pour la voie orale, la clindamycine est recommandée chez l'enfant à partir de 6 ans (prise de gélule ou comprimé contre-indiquée chez l'enfant de moins de 6 ans par risque de fausse route). La clindamycine peut être utilisée par voie intraveineuse chez l'enfant à partir de 3 ans.

dosi'BOX

Suivi dosimétrique

Optez **MAINTENANT** pour

- La **simplicité** avec un abonnement tout-en-un
- La **sérénité** d'un suivi conforme à la réglementation
- La **fiabilité** du leader mondial

+ D'INFORMATIONS ?

Contactez-nous
au 01 40 95 62 90

Pour **138,07 € TTC/an***
Offre valable jusqu'au 31/12/2013

*Suivi dosimétrique trimestriel comprenant un dosimètre personnel, un dosimètre d'ambiance et un dosimètre témoin. Abonnement d'un an reconductible tacitement.

AVANTAGES

- Alerte en cas de dépassement des seuils de doses réglementaires
- Dosimètres livrés prêts à être portés
- Boîte aller/retour incluse

+ Option pour le retour de vos dosimètres :
étiquette pré-affranchie pour une remise directe en boîte aux lettres
(frais de port aller déjà inclus)



Puissante. Silencieuse. Pour travailler très détendu.

NOUVEAU

KaVo MASTERtorque™
avec Direct Stop Technology

- DST, Direct Stop Technology :
 - Sûre, la fraise dentaire s'arrête en une seconde
 - Hygiénique, pas de réaspiration
- Puissante, 20 % de puissance supplémentaire, 23 watts
- Extrêmement silencieuse, 57 dB(A)

KaVo *Master Series*

Les véritables maîtres refusent tout compromis.



KaVo. Dental Excellence.

KaVo Dental SAS - 8 Mail Barthelemy Thimonnier - 77185 LOGNES CEDEX - Tel. 0825 825 099 - Fax 01 64 68 93 12 - www.kavo.fr

EN PRATIQUE

FORMATION

SANTÉ PUBLIQUE

P.42

Rapport de la Mission Handicap Accès aux soins des personnes handicapées: une question de droit commun



Comment réduire les inégalités des personnes handicapées face à l'accès aux soins ? Afin d'aller plus loin que le simple constat, ce dossier vous présente les propositions énoncées lors de la Mission Handicap, commanditée par le gouvernement et auquel a participé l'UFSBD. De l'éducation à la santé en passant par des soins spécifiques et des tarifs adaptés, certaines de ses propositions pourraient faire avancer la santé pour tous.

P.46

L'accueil des patients handicapés en 4 étapes

Accueillir un patient handicapé au sein du cabinet dentaire nécessite une attention toute particulière et une prise en charge adaptée, surtout si le patient est atteint de TED.

Afin d'éviter un stress qui pourrait perturber le rendez-vous médical, découvrez en 4 étapes, nos conseils à suivre avant, pendant et après le soin.



Rapport de la Mission Handicap

Accès aux soins des personnes handicapées : une question de droit commun

Offrir un accès égalitaire et des soins de qualité aux personnes en situation de handicap est une préoccupation récurrente des pouvoirs publics. Engagée de longue date sur cette question, l'UFSBD a été sollicitée pour apporter son expertise à la dernière mission lancée sur ce thème par la Ministre déléguée en charge des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion.



L'égalité d'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap est inscrite dans la loi du 11 février 2005, consacrée à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Le titre de cette loi met bien en évidence l'importance de cet accès aux soins. Il en va de la santé des individus, bien sûr, mais aussi de leur citoyenneté, de leur intégration à la vie de la cité. Depuis 2005, qu'en est-il ?

« Si l'accompagnement médico-social progresse, beaucoup reste à faire pour l'accès aux soins courants : bucco-dentaires, gynécologiques, ophtalmologiques... », commentait récemment Marie-Arlette Carlotti, Ministre déléguée chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion. C'est pourquoi elle a confié, en septembre dernier, une mission sur ce thème à Pascal Jacob. Père de deux enfants handicapés, il milite et œuvre en faveur des personnes handicapées à travers différentes associations, dont l = MC2, qu'il préside, et qui forme les professionnels à l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

PRÈS DE 10 MILLIONS DE PERSONNES CONCERNÉES

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (Insee),

9,6 millions de personnes étaient, en 2007, en situation de handicap en France. Des personnes qui souffrent d'un effet « double peine » : elles sont plus exposées que la population générale, du fait de leur santé souvent plus fragile, d'une part, mais également du fait d'un accès aux soins plus difficile, y compris pour ce qui concerne les dispositifs de prévention. Ainsi, dans le domaine bucco-dentaire, on peut rappeler les résultats de l'enquête du Programme National Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (PNIR) 2004-2006 – « Étude descriptive des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents âgés de 6 à 20 ans fréquentant un Institut Médico-Educatif (IME) ou un Établissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (EEAP) » –, qui montrait que :

- 3,4 % ne présentaient aucun problème ;
- 18,4 % nécessitaient au moins un soin dentaire ou un examen en urgence ;
- 46,8 % nécessitaient au moins un soin à programmer ;
- une action de prévention était nécessaire pour 77,4 % d'entre eux.

La loi de 2005 a donné une définition du handicap : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Il s'agit donc d'une notion plurielle, qui engendre des questions d'accessibilité qui le sont tout autant : accessibilité physique, mais aussi relationnelle, émotionnelle, financière, et aux informations. La prise en charge des personnes en situation de handicap sous-tend donc des réponses multiples : formation, matériels, aménagement, outils de communication... Dans le cadre de la mission confiée à Pascal Jacob, Sophie Darteville, Présidente de l'UFSBD, a été chargée de coordonner un atelier afin d'apporter des solutions concrètes pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins aux personnes handicapées

en médecine de ville. Le Dr Sophie Darteville a animé cette concertation, et le Dr Bruno Favier en a été le rapporteur (lire l'interview ci-dessous). Le fruit de leurs travaux vient d'être rendu public.

APPRENDRE POUR AGIR

Les débats ont fait de la formation une priorité absolue. Ils ont tout de suite souligné le déficit de formation des professionnels de santé en matière de prise en compte du handicap. Certains établissements de formation abordent la question du handicap, d'autres non, et aucun programme n'est aujourd'hui initié à l'échelle nationale, ce qui induit à de grandes inégalités territoriales. Le groupe de travail a donc préconisé une formation initiale obligatoire pour les professionnels médicaux et les autres professionnels de santé, suivant un programme défini et uniformisé. Cette formation devra comporter des stages d'immersion dans des établissements médico-sociaux et des stages cliniques en unités de soins dédiés afin de familiariser tous les professionnels au handicap. ➔

INTERVIEW



Dr Bruno Favier
Conseiller Technique Médical à la Fondation Caisses d'Épargne pour la Solidarité (FCEs), rapporteur de l'Atelier « Faciliter l'accès des personnes handicapées aux soins et à la santé en médecine de ville ».

« L'enjeu était de trouver un modèle applicable à d'autres domaines de la santé. »

Quel était l'enjeu du groupe de travail concernant l'accès aux soins des personnes handicapées, dont vous avez été le rapporteur ?

Il s'agissait de réfléchir à l'accès des personnes en situation de handicap aux soins bucco-dentaires. Mais au-delà, l'enjeu était de trouver un modèle applicable à d'autres domaines de la santé, d'autres spécialités, pour tous les soins de base et la prévention. Cet atelier se voulait très « œcuménique » : il regroupait des dentistes, surtout, mais aussi d'autres praticiens de ville, des responsables associatifs, des parents d'enfants handicapés et

des conseillers comme moi. Ensemble, nous avons imaginé, à partir de remontées d'expériences des uns et des autres, des parcours de santé, dont le cadre dépasse celui du parcours de soins.

La mise en place de ces préconisations vous semble-t-elle réalisable ?

Évidemment, on y croit, on espère, même si d'autres tentatives, par le passé, n'ont pas été suivies d'effet. Il faut avoir à l'esprit que ces démarches, qui semblent coûteuses, sont en fait rapidement payantes sur le plan de la santé des individus, mais aussi en termes de santé publique.

Sur le plan financier, la dépense totale sur plusieurs années pourrait être voisine de 1 milliard d'euros, là où la dépense totale du secteur handicap est aujourd'hui de près de 40 milliards d'euros annuellement⁽¹⁾ et cet investissement occasionnera des économies, par ailleurs, car une amélioration des premiers soins et de la prévention permettra d'éviter des soins plus tardifs sur des pathologies plus avancées, et donc plus coûteux.

(1) Rapport du Gouvernement au Parlement sur la mise en œuvre de la politique nationale en faveur des personnes handicapées (février 2012).

Pour les futurs chirurgiens-dentistes, une formation à la sédation consciente et aux autres techniques d'accompagnement des soins devra être rendue obligatoire dans le cursus initial. Un module handicap pourrait être intégré dans le programme des internats existants. Pour les chirurgiens-dentistes en exercice, les dispositifs de formation professionnelle devraient permettre une mise à niveau rapide, grâce à l'inclusion d'une thématique « accès aux soins et à la santé des personnes handicapées » dans les axes du Développement Professionnel Continu (DPC). Une formation à financer prioritairement, précise le rapport. Le groupe recommande également un accompagnement des professionnels médicaux à l'intervention dans les Établissements Médico-Sociaux (EMS), sous forme de tutorat ou de compagnonnage par des praticiens expérimentés. Les professionnels socio-éducatifs et les travailleurs sociaux ont également une place essentielle à tenir dans la

mise en œuvre et l'application des soins de base et de l'hygiène. Pourtant, les notions de prévention, de santé et de soins sont inconnues de ces professionnels. Le groupe de travail préconise donc, pour eux aussi, l'intégration d'un cursus formatif sur la santé, la santé bucco-dentaire, la prévention et la prise en charge de l'hygiène sous forme de stages d'immersion dans des services de soins. Concernant les professionnels déjà en fonction dans des EMS ou dans les services à domicile, la formation continue, prise en charge par les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA), devra également intégrer ces notions à travers un module de 7 heures assuré par un formateur spécialisé. En matière bucco-dentaire, par exemple, la formation pourra être réalisée par un chirurgien-dentiste expérimenté dans la prise en charge des personnes handicapées et polyhandicapées. Un référent prévention et hygiène bucco-dentaire dans chaque EMS pourra également être désigné parmi le personnel et bénéficiaire

d'une formation plus poussée. Sans oublier l'équipe dentaire, notamment, comme les assistantes dentaires, qui devraient elles aussi bénéficier d'une formation obligatoire à l'accueil et à la prise en charge des patients handicapés selon les mêmes modalités que les professionnels de santé : module intégré au cursus initial, stages en EMS et en unités de soins.

UNE CHAÎNE D'ACCOMPAGNEMENT

Pour les personnes handicapées, même les soins les plus courants « se reportent souvent sur l'hôpital où, là aussi, les prises en charge demeurent difficiles, notamment aux urgences », soulignait encore Marie-Arlette Carlotti. En réponse à cette problématique, le groupe de travail a donc réfléchi aux moyens d'offrir aux patients handicapés un parcours de santé adapté, faisant intervenir les acteurs du médico-social, des soins de ville et de l'hôpital. En premier recours, il leur est apparu primordial et logique de favoriser le circuit de la médecine de ville. Pour les personnes vivant



à domicile, un médecin référent, voire un coordonnateur de soins, et pour celles vivant en institution, un médecin généraliste membre de l'encadrement, pourront fluidifier ce parcours. Le groupe de travail a également préconisé la création d'un carnet de santé et d'accompagnement partagé. Renseigné le plus précocement possible après le diagnostic ou l'accident, il favoriserait le dialogue entre hôpital et médecin référent, et le transfert d'informations aux aidants et aux accompagnants. D'autres outils de communication existent déjà et sont utilisés par certains praticiens : des conseils pour préparer à la consultation de dépistage et aux soins, des flyers sur les soins et suites de soins, des protocoles d'hygiène et de prévention, ou encore des fiches d'information sur un handicap spécifique et ses conséquences sur la prise en charge... Leur diffusion au plus grand nombre peut être rapide à organiser.

ÉDUCATION À LA SANTÉ

Les personnes en situation de handicap « échappent » le plus souvent aux campagnes nationales de prévention, même lorsque celles-ci sont déployées à grande échelle et avec des moyens importants, a noté le groupe de travail. Dans le domaine bucco-dentaire, l'hygiène constitue pourtant un préalable à une prévention précoce et à des soins moins intrusifs. Les personnes en situation de handicap et les aidants familiaux pourraient donc être sensibilisés et formés, à raison de 1 à 3 heures annuelles selon le public, avec des ateliers de brossage et de mise en situation. Des formations pourraient être financées par les établissements, sur la

dotation de l'Assurance Maladie pour les patients institutionnalisés, et pourraient être organisées par les associations de personnes handicapées sous forme de conférences, accompagnées de distribution de kits de brossage, pour les personnes vivant à domicile. Le groupe de travail recommande aussi la systématisation de l'envoi d'une invitation à un examen de prévention en cabinet de ville une fois par an, pris en charge par l'Assurance Maladie. Des brochures et flyers spécifiques pourraient être envoyés à cette occasion, aux personnes handicapées pour les sensibiliser à l'importance de la prévention bucco-dentaire comme à d'autres thématiques de santé.

DES SOINS D'EXCEPTION

Une offre de soins particulière, en dehors de la médecine de ville, est parfois nécessaire. Pour certains patients handicapés en échec de soins ordinaires, des consultations pluridisciplinaires (permettant gain de temps et découplage des pratiques), en milieu hospitalier ou non, existent déjà, mais mériteraient d'être multipliées et mieux organisées. De même que le développement d'unités mobiles de prévention, de dépistage et de soins, notamment dans les « déserts médicaux ». Reste l'épineux problème de l'accessibilité des locaux professionnels, prévue par la loi de 2005 (*lire encadré*). Quand cette mise en conformité est délayée, le groupe de travail propose la mise à disposition temporaire, par les collectivités territoriales ou les établissements sanitaires, de locaux accessibles et équipés des dispositifs et matériels nécessaires, le tout financé par les Agences Régionales de Santé (ARS).

DES TARIFS ADAPTÉS

Tous les participants à l'atelier, familles comme professionnels, en sont

convenus : les soins aux personnes en situation de handicap nécessitent plus de temps, et l'absence d'une tarification adaptée représente un obstacle sérieux à la réalisation de soins en médecine de ville. C'est pourquoi le groupe s'est prononcé en faveur de la création de modificateurs de la classification commune des actes médicaux (CCAM) afin de valoriser le temps passé lors de ces actes longs. Ils seraient applicables dans le cadre de protocoles de soins validés par l'Assurance Maladie, à la manière des protocoles d'affection de longue durée (ALD), pour formaliser le parcours de prévention et de soins. Les actions d'éducation thérapeutique devraient également être valorisées, et l'utilisation du gaz médical MEOPA pris en charge par l'Assurance Maladie. Enfin, les déplacements des personnes handicapées vers les cabinets libéraux devraient également être pris en charge par la solidarité et ce, dans le cadre, aussi, d'un protocole de soins de type ALD.

MODÈLE À SUIVRE

En matière bucco-dentaire, les chirurgiens-dentistes, exerçant pour la plupart en activité libérale et en ville, ont fait la preuve de leur engagement en matière de prévention. Ces démarches ont démontré leur efficacité à l'échelle de la population générale. En quelques décennies, on a vu notablement diminuer les pathologies graves, en particulier les caries de l'adulte, grâce à une prévention dès le plus jeune âge. Il ne fait aucun doute que, d'une part, cette prévention pourrait avoir un effet bénéfique si elle s'étendait davantage aux personnes handicapées, et que d'autre part, une approche identique pourrait être adoptée par les autres praticiens de soins de ville, notamment les spécialistes en accès direct, comme les ophtalmologues ou les gynécologues. ■

INTERVIEW



Dr Anne Abbé-Denizot
Chirurgien-dentiste
à La Roche-sur-Foron
(Haute-Savoie),
Secrétaire Général Adjoint
de l'UFSBD en charge de
l'Animation du réseau.

“ Nous devons jouer notre rôle de praticiens de proximité. ”

Qu'est-ce qui manque aux chirurgiens-dentistes pour mieux accueillir les patients handicapés ?

Il faut accueillir ces patients en gardant son esprit ouvert pour ne pas en avoir peur, et ne pas craindre de ne pas être à la hauteur. Ce n'est pas facile, il faut de l'empathie. On n'a pas tous envie de se lancer dans les soins spécifiques, mais si tous les praticiens pouvaient être présents sur la prévention – faire une consultation, donner des conseils d'hygiène – ce serait déjà très bien. Nous devons jouer notre rôle de praticiens de proximité. Chacun s'engagera dans le soin à la mesure de ses capacités. Rappelons que lorsque ces patients sont suivis, la

prévention est particulièrement efficace, et l'essentiel des soins sera du suivi, de l'hygiène et du détartrage. Ces soins sont réalisables, le plus souvent, avec de l'habitude et une bonne préparation (prémédication, par exemple). Quand on ne sait plus faire, on peut alors renvoyer ces patients vers des praticiens plus aguerris pour les soins, et continuer à assurer le suivi par la suite.

La place de l'assistante est-elle importante dans la prise en charge de ces patients ?

Oui, c'est elle qui va prendre des informations au moment de la prise de rendez-vous sur ce dont le patient a besoin. C'est aussi elle qui

l'accueillera et pourra le mettre en confiance, s'assurera qu'il se sente bien... Le praticien et l'assistante dentaire doivent prendre en compte le handicap, non pas dans ses détails, mais dans ses conséquences pour la prise en charge au cabinet. Par exemple, un enfant souffrant de troubles envahissants du développement, comme l'autisme, sera très perturbé par la sonnerie du téléphone. Il faut penser à le décrocher pendant la consultation. Dans le handicap, la rapidité du geste est l'une des clés. Tout doit être prêt avant de débiter l'acte. C'est plus facile quand on travaille à quatre mains, voire à six mains avec l'aide de l'accompagnateur du patient.

L'accueil des personnes handicapées en cabinet

L'accueil de tout patient handicapé et sa prise en charge nécessitent une attention et un comportement particuliers. Les patients souffrant de handicap mental ou psychomoteur, pour lesquels la communication est complexe, nécessitent une prise en charge particulière. Il faut se mettre à leur portée, savoir les écouter et intégrer leur accompagnant dans le soin et son suivi. L'accueil des patients souffrant de Trouble Envahissant du Développement (TED), dont l'autisme est la forme la plus connue, doit être plus spécifique.

1 AVANT LE RDV

Lors de la prise de rendez-vous par téléphone, il est nécessaire de questionner l'accompagnant pour mieux appréhender la venue du patient : (par l'assistante ou la secrétaire médicale) :

- ✓ Est-il très sensible à la douleur ?
- ✓ Quelles réactions manifeste-t-il pour l'exprimer ?
- ✓ Comment s'exprime-t-il ?
- ✓ Quel est son niveau de compréhension ?
- ✓ A-t-il des peurs particulières ?
- ✓ Comment réagit-il au bruit ?
- ✓ Quels sont les éléments qui peuvent le rassurer (musique, vidéo, peluches...) ?
- ✓ Une prémédication doit-elle être prévue ? Les démarches pour la faire prescrire par le médecin traitant sont-elles faites ?

Si le patient est atteint de TED :

- ✓ Organiser un RDV blanc afin de familiariser le patient avec les lieux ;
- ✓ Identifier les spécificités du comportement de ce patient et connaître ses réactions habituelles.

Dans tous les cas, exiger la présence d'un accompagnant.

2 PRISE EN CHARGE

- ✓ **Comprendre le handicap est important**, mais la prise de contact est essentielle. Comme pour chaque patient, il faut, en peu de temps, établir un lien de confiance et apprendre à communiquer avec lui.
- ✓ **La présence de l'accompagnant est requise**, elle a une fonction rassurante. Il peut tenir la main du patient et/ou se tenir face à lui les yeux dans les yeux.
- ✓ **Il faut toujours s'adresser normalement et directement au patient** ; l'accompagnant fera le lien en décryptant les réactions.



- Il faut absolument éviter de faire attendre le patient, cela constitue une source de stress importante.
- Trop discuter avant le soin peut être une source d'anxiété.

Si le patient est atteint de TED :

- ✓ Si cela est nécessaire, proposer une prémédication adaptée,
- ✓ Mettre à disposition des objets familiers et/ou installer une ambiance (mp3, films sur tablette...).
- ✓ Préserver le calme (arrêter le téléphone, faire attention en déclenchant l'aspiration ou la turbine, utiliser la technique « tell, show, do »).

3 SOINS

Tous les éléments doivent être réunis pour que le patient soit le moins stressé possible. Si le patient présente un handicap psychomoteur, l'aide physique de l'accompagnant est indispensable, lui seul connaît ses réactions. Il peut mobiliser les pensées du patient en lui parlant de choses anodines avec une voie calme et rassurante. Si l'on constate des soins spécifiques à réaliser, mieux vaut ne pas précipiter les choses et étaler les soins en prévoyant au choix :

- ✓ Un 2^e rendez-vous si l'on estime pouvoir réaliser les soins avec une préparation adéquate ;
- ✓ Un rendez-vous avec un confrère qui pratique des « soins spécifiques » ;
- ✓ Une redirection vers l'hôpital si le cas est complexe et nécessite une anesthésie générale.

L'utilisation du MEOPA se décide selon la situation, et peut se cumuler avec une prémédication. Si le patient n'a qu'une respiration buccale, le MEOPA est plus difficile à mettre en œuvre en cabinet libéral. Le patient doit alors être traité dans une structure de « soins spécifiques ».

Si le patient est atteint de TED :

- ✓ Si c'est un enfant, on peut le faire asseoir sur les genoux de son accompagnant,
- ✓ Sinon, lui faire garder un contact visuel ou physique avec son accompagnant.
- ✓ Des séances de mise en condition progressive donnent de bons résultats.

4 ENGAGER UNE RELATION SUR LE LONG TERME

Il est nécessaire de sensibiliser les accompagnants à la régularité des rendez-vous avec un chirurgien-dentiste de proximité. L'éducation à la santé et à l'hygiène doit être adaptée aux capacités du patient, et le praticien doit proposer à l'accompagnant un protocole d'hygiène adapté :

- ✓ Brosse à dents électrique pour plus de facilité ou/et plus d'autonomie
- ✓ Méthode pour caler la tête, ouvrir la bouche...

- ✓ Brossage à sec avec très peu de dentifrice si pas de rinçage possible on essuie le surplus avec une compresse ;
- ✓ Passage de compresse dans les vestibules à minima ;
- ✓ Possibilité de prescrire un dentifrice ultra-fluoré ou un bain de bouche en complément ;

Si le patient est atteint de TED :

Le protocole d'hygiène adapté doit permettre de rendre le patient petit à petit autonome pour son brossage.

APRÈS LE DÉJEUNER ILS S'INCRUSTENT PLAQUEZ-LES !

Publi-communicé

**83% des Français ne se brossent pas les dents le midi*.
Plaquez les aliments qui s'incrument avec Freedent !**

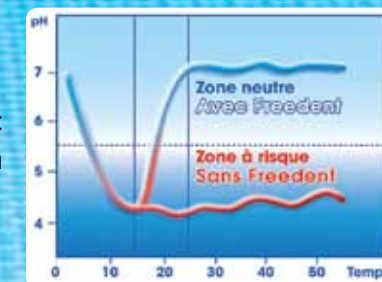
Freedent lance une nouvelle campagne publicitaire en utilisant le thème de la rupture amoureuse pour encourager les consommateurs à mâcher des chewing-gums sans sucres après le déjeuner. Des petits personnages représentent les restes d'aliments qu'il faut « plaquer » en utilisant Freedent pour s'en débarrasser après chaque repas.

Au travail, en déplacement, lorsqu'on ne peut pas se brosser les dents, le chewing-gum sans sucres est une solution simple et efficace pour une meilleure hygiène bucco-dentaire.

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

• Aide à neutraliser les acides de la plaque dentaire

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



• Aide au maintien de la minéralisation de l'émail

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

• Aide à lutter contre la xérostomie

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



Recommandez à vos patients d'adopter le réflexe Freedent lorsqu'ils ne peuvent pas se brosser les dents.



*Sondage IPSOS 2012 pour Wrigley et GSK



Danemark: le pays où la prévention est reine

Comme dans tous les pays scandinaves, l'accès aux soins dentaires est extrêmement aisé pour la population et le système, à la fois très étatisé et décentralisé, a permis au cours des dernières décennies de voir la santé bucco-dentaire des Danois s'améliorer constamment. Côté prévention, les actions en-dehors du cabinet et les campagnes de sensibilisation régulières participent également à ces bons résultats



Le Royaume du Danemark compte environ 5,5 millions de sujets et on y dénombre environ 4 500 dentistes, ce qui représente un peu plus de 1 200 habitants par praticien. Une situation stable depuis des années maintenant, mais qui nécessitera sans doute une réduction d'ici quelques temps pour éviter une surpopulation de praticiens. La raison ? La santé bucco-dentaire dans le pays est globalement si bonne que les besoins en soins lourds sont réduits, en-dehors des plus fragiles (enfants, personnes âgées, malades...). Le système de santé au Danemark est géré par l'Etat, à trois niveaux

administratifs distincts : le national, le régional et le municipal. Ce sont le Comité National de Santé et les gouvernements régionaux qui fixent les politiques en matière de santé ainsi que les tarifs.

LES SENIORS PARTICULIÈREMENT SURVEILLÉS

Les praticiens privés, placés sous l'autorité des régions, sont notamment en charge des patients du troisième âge, vivant dans des maisons de retraite ou dans des établissements spécialisés. Le coût des soins est alors supporté par le système national de sécurité

sociale. Depuis une vingtaine d'années, l'accent des pouvoirs publics est mis sur cette population dont la santé bucco-dentaire était la moins satisfaisante et qui se rendait moins souvent que la moyenne en cabinet. Il faut dire qu'avec une espérance de vie proche des 80 ans et 11 % de la population âgée de plus de 75 ans, il n'est pas étonnant que les pouvoirs publics ciblent particulièrement les Seniors. À l'autre bout de la pyramide des âges, des dentistes publics, salariés, sont en charge de la santé bucco-dentaire des enfants. Ces praticiens sont supervisés par les municipalités.

Concernant la prise en charge financière, la Sécurité sociale universelle couvre en moyenne 25 % des soins. Pour le reste, la très grande majorité des Danois dispose d'une assurance privée qui prend en charge tout ou partie du reste de la somme. A titre d'exemple, il faut compter environ 30 euros pour un diagnostic régulier, 45 euros pour une obturation coronaire et un peu moins de 100 euros pour un traitement parodontal. Ces prix sont régulièrement négociés entre les gouvernements régionaux et les associations de dentistes puis validés par le Comité National de Santé. Ils sont les mêmes partout sur le territoire national.

LA PRÉVENTION PARTOUT, TOUT LE TEMPS

La prévention est, comme dans les autres pays scandinaves, ancrée dans les habitudes danoises. La politique de prévention est élaborée en concertation entre les pouvoirs publics (Etat et régions) et deux associations dentaires du pays. Ainsi, de nombreux praticiens réalisent des séances de sensibilisation et de dépistage en dehors du cabinet, que ce soit dans les écoles, les maisons de retraite, mais aussi les foyers de sans-abris ou lors du service militaire. Pour ce qui concerne la prévention au sein même du cabinet, les dentistes danois, formés à ces questions dans les deux universités dentaires du pays, évoquent très ouvertement avec leurs patients les problématiques telles que les cancers buccaux, les risques liés au tabac, à l'alcool...

Par ailleurs, très régulièrement, des campagnes d'information et de sensibilisation sont diffusées à la télévision sur des sujets tels que les cancers buccaux, l'hygiène bucco-dentaire, les régimes alimentaires ou encore la surconsommation de boissons trop sucrées. Résultat : la population reçoit sans cesse des piqûres de rappel, ce qui participe là encore à l'amélioration globale de l'état de santé bucco-dentaire du pays. ■

INTERVIEW

“ Nous sommes en concertation constante avec les représentants des praticiens ”



Dr Poul-Erik Petersen
Professeur à l'Université de Copenhague,
Directeur du programme de santé bucco-dentaire à l'OMS.

Le système dentaire au Danemark est-il entièrement dirigé par l'Etat et les autorités publiques locales ?

Tout à fait. L'Etat, le gouvernement, les autorités régionales et municipales dirigent la politique de santé et donc la politique de santé bucco-dentaire. Ce sont les pouvoirs publics qui décident également des tarifs, des taux de remboursement et qui financent la prévention. Mais attention, tout cela se fait bien évidemment en concertation constante avec les représentants des praticiens, au travers de nombreuses rencontres et négociations.

La présence d'assistantes dentaires est-elle la norme dans les cabinets danois ?

Oui, la plupart des cabinets emploient également des assistantes dentaires. Par ailleurs, il existe aussi des hygiénistes dentaires qui peuvent disposer de leur propre cabinet privé. Les assistantes et les hygiénistes sont tous formés dans des écoles spécialisées liées aux universités.

Quel est le principal défi pour la profession dans les années à venir ?

L'indice carieux et les problèmes dentaires de la population adulte et des enfants ont chuté énormément au cours des dernières décennies dans le pays. Or, notre système de soins et de prise en charge n'a pas encore véritablement pris en compte ce changement. Le défi, dans les années à venir, est donc d'adapter l'offre de soins à cette nouvelle situation (se concentrer davantage sur les Seniors, maintenir les efforts de prévention...).

4500

C'est le nombre total de dentistes (privés et publics) que compte le Danemark, pour une population totale de 5,5 millions.

2

C'est le nombre de facultés dentaires dans le pays. L'une se situe à Copenhague (University of Copenhagen, Royal Dental College), l'autre à l'Université de Aarhus.

135

C'est le nombre de dentistes diplômés chaque année au Danemark.

71%

C'est la part de jeunes femmes parmi les diplômés.

Agenda

Vos rendez-vous

OCTOBRE

- **14^e Colloque National de Santé Publique de l'UFSBD.**
► Jeudi 3 Octobre 2013.
- **Colloque « Handicaps : enjeux économiques et sociétaux, apport de la recherche »**
► Mercredi 9 et jeudi 10 Octobre 2013, Salle Laroque, Ministère des affaires Sociales et de la Santé, Paris.
- **Congrès ADELFF-SFSP « Santé Publique et Prévention »**
Organisé par la Société Française de Santé Publique et l'Association des Epidémiologistes de langue française.
► Jeudi 17 – samedi 19 Octobre 2013, Bordeaux (33).

NOVEMBRE

- **Congrès ADF 2013 « Affirmons nos compétences »**
► Mardi 26 – samedi 30 Novembre 2013,
Palais des Congrès-Porte Maillot, Paris.

Vos formations

JUIN

- **Développement professionnel continu, la prise en charge des patients à risque**
► Jeudi 27 Juin 2013, Metz (57).
- **Formation aux gestes et soins d'urgence au cabinet dentaire**
► Jeudi 27 et vendredi 28 Juin 2013, Nantes (44).
- **Développement professionnel continu, prescriptions médicamenteuses**
► Jeudi 27 Juin 2013, Rennes (35).

JUILLET

- **Formations en Parodontie, en collaboration avec EMS et Henry Schein France**
► Jeudi 4 Juillet 2013, Nantes (44).

- **Formation aux gestes et soins d'urgence au cabinet dentaire**
► Jeudi 4 Juillet 2013, Nantes (44).
- **Développement professionnel continu, prescriptions médicamenteuses**
► Jeudi 4 Juillet 2013, Tours (37).

SEPTEMBRE

- **Développement professionnel continu, prescriptions médicamenteuses**
► Jeudi 5 Septembre 2013, Marseille (13).
Jeudi 26 Septembre 2013, Lille (59).
Jeudi 26 Septembre 2013, Metz (57).
- **Développement professionnel continu, hygiène et aseptie**
► Jeudi 12 Septembre 2013, Rennes (35).
Jeudi 26 Septembre 2013, Clermont (63).
- **Développement professionnel continu, Le document unique**
► Jeudi 12 Septembre 2013, Toulon (83).
Jeudi 19 Septembre 2013, Nantes (44).
Jeudi 19 Septembre 2013, Paris (75).
Jeudi 26 Septembre 2013, Toulouse (31).
- **Formations en parodontie, en collaboration avec EMS et Henry Schein France**
► Jeudi 19 Septembre 2013, Toulouse (31).
Jeudi 26 Septembre 2013, Marseille (13).
- **Formation aux gestes et soins d'urgence au cabinet dentaire**
► Jeudi 26 Septembre et Vendredi 27 Septembre 2013, Strasbourg (67).

OCTOBRE

- **Formation aux gestes et soins d'urgence au cabinet dentaire**
► Jeudi 3 Octobre 2013, Strasbourg (67).
Jeudi 10, Vendredi 11 et Jeudi 17 Octobre 2013, Lyon (69).
- **Formation aux gestes et soins d'urgence au cabinet dentaire**
► Jeudi 17, Vendredi 18, Jeudi 24 Octobre 2013, Versailles/Le Chesnay (78).

Appel à communication

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

RÉPERTOIRE DES ANNONCEURS

GSK	Surcouverture	GPM	p.15	LANDAUER	p.39
TECALLIAGE	p.2	SCOTCHBON3M	p.17	KAVO	p.40
COLTENE	p.7	BUCCOTHERM	p.25	WRIGLEY	p.47
BUDEV	p.9	EMS	p.34	LA MÉDICALE	p.51
EFFISEPTYL	p.10	A2 PRESSE	p.26	GSK	p.52
FILTEK 3M	p.12	ALARA	p.34		

Régie publicitaire : Laurent Poupelloz
Tél. : 01 44 90 93 99
e-mail : laurentpoupelloz@ufsbd.fr

Et si votre retraite devenait votre meilleur investissement ?

L'UN DES MEILLEURS
TAUX DU MARCHÉ

3,81%*

Taux 2012 du
fonds en euros

Avec La Médicale Sérénité, contrat d'assurance vie Madelin

- Vous bénéficiez d'avantages fiscaux en déduisant vos versements de votre bénéfice imposable.
- Vous connaissez dès le départ le taux de conversion de votre épargne en rente avec l'option garantie de table.
- Vous choisissez vos options à la retraite : rente viagère réversible à 60%, 80% ou 100% au profit du bénéficiaire de votre choix avec annuités garanties le cas échéant, rente viagère par paliers.

Contactez-nous :

www.lamedicale.fr et application iPhone

La médicale
assure les professionnels de santé

* Taux annuel net de frais de gestion. Les prélèvements sociaux ne sont pas dus durant la période de constitution de l'épargne-retraite.
Le contrat La Médicale Sérénité est un contrat de groupe d'assurance vie de type multisupport assuré par Spirica. Spirica : SA au capital social de 68 042 327 Euros - Entreprise régie par le code des assurances - N° 487739963 RCS Paris.
50-56 rue de la Procession 75015 Paris. iPhone est une marque déposée par Apple Inc. Apple Store : service de téléchargement proposé par Apple Inc., titulaire de la marque enregistrée App Store. Les dispositions complètes du contrat figurent dans les conditions générales. Document à caractère publicitaire simplifié et non contractuel achevé de rédiger en février 2013. 02/2013 - Crédit photo : Shutterstock, 109 L'AGENCE

Nouveau

7 BENEFICES DANS UN SEUL DENTIFRICE*

MULTI-PROTECTION POUR DENTS SENSIBLES



La Multi Protection pour les patients souffrant d'hypersensibilité dentinaire^{*1-6}

Nous innovons en permanence pour faire évoluer la gamme Sensodyne® et qu'elle réponde toujours mieux aux besoins des patients souffrant d'hypersensibilité dentinaire. C'est pourquoi nous avons développé Sensodyne® Multi Protection.



*Avec un brossage deux fois par jour



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline Santé Grand Public

SENSODYNE

Références : 1. Du MQ *et al.* Am J Dent 2008; 21(4): 210-214. 2. Pradeep AR *et al.* J Periodontol 2010; 81(8): 1167-1113. 3. Salián S *et al.* J Clin Dent 2010; 21(3): 82-87. 4. Tai BJ *et al.* J Clin Periodontol 2006; 33: 86-91. 5. Devi MA *et al.* Int J Clin Dent Sci 2001; 2: 46-49. 6. GSK data on file (study 23690684). Prepared November 2012.

Dispositif Médical de classe IIa (CE0120). Fabricant: SmithKline Beecham Ltd. Lire attentivement les instructions figurant sur l'emballage. Ne pas utiliser chez l'enfant. CHFR/CHSENSO/0031/13/03