

XXV^e Colloque National de Santé Publique de l'UFSBD

Génération **sans carie**

Tous acteurs dans nos cabinets !

**Le Jeudi
7 novembre 2024**



**Lieu : Ministère du Travail
de la Santé et des Solidarités**

Salle Laroque
14 avenue Duquesne
75007 Paris



LES ACTES DU COLLOQUE

Génération **sans carie**

Tous acteurs dans nos cabinets !

SOMMAIRE

Allocution d'accueil

Dr Grégory ÉMERY
Directeur général de la Santé

 Lire la vidéo, en cliquant ici



[Lire le texte](#)
7

Ouverture du Colloque

Dr Benoît PERRIER
Président de l'UFSBD

 Lire la vidéo, en cliquant ici



[Lire le texte](#)
12

Mme Marguerite CAZENEUVE
Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation
des soins de la Cnam

 Lire la vidéo, en cliquant ici



[Lire le texte](#)
13

Dr Alain DURAND
Président du CNOCD

 Lire la vidéo, en cliquant ici



[Lire le texte](#)
15

Étude sur le recours au Cabinet Dentaire des jeunes



[Lire le texte](#)
17

 Lire la vidéo, en cliquant ici

Une ambition de santé publique renouvelée pour la santé orale de l'enfance à l'entrée dans l'âge adulte

*Génération sans carie :
 Une ambition des partenaires conventionnels
 (Table ronde)*



[Lire le texte](#)
30

 Lire la vidéo, en cliquant ici

Focus sur les actions d'accompagnement en milieu scolaire



[Lire le texte](#)
47

 Lire la vidéo, en cliquant ici

Présentation du programme « Génération sans carie »



[Lire le texte](#)
48

 Lire la vidéo, en cliquant ici

Focus sur les outils pour accompagner les pratiques



[Lire le texte](#)
53

 Lire la vidéo, en cliquant ici

*Génération sans carie : en faire une réalité collectivement
 (Table Ronde)*



[Lire le texte](#)
54

 Lire la vidéo, en cliquant ici

Approche Biopsychosociale de la Santé Orale

Pr Jean-Noël VERGNES

PU – PH Université Paul Sabatier - Toulouse III

 Lire la vidéo, en cliquant ici



[Lire le texte](#)
74

« Génération sans carie » au Cabinet Dentaire

Examen Bucco-Dentaire : les grandes étapes

Dr Benoît PERRIER

Président de l'UFSBD

 Lire la vidéo, en cliquant ici



[Lire le texte](#)
88

Enjeux et approche en fonction de l'âge

▶ 3 à 5 ans, un enjeu pour la vie

 Lire la vidéo, en cliquant ici



[Lire le texte](#)
90

▶ 6 à 14 ans, objectif molaire (dont MIH)
 Interception ODF quand agir

 Lire la vidéo, en cliquant ici



[Lire le texte](#)
99

▶ 15 à 25 ans, maintenir le lien et autonomiser
 Contention orthodontique

 Lire la vidéo, en cliquant ici



[Lire le texte](#)
109

*Éducation thérapeutique :
 accompagner les jeunes et leurs familles
 par une approche globale*

Dr Thomas TRENTESAUX

MCU - PH Université de Lille

 Lire la vidéo, en cliquant ici



[Lire le texte](#)
115

Les actes préventifs

- ▶ **Les stratégies fluorées**
Pr Sophie DOMEJEAN
PU – PH Université Clermont Auvergne

 Lire la vidéo, en cliquant ici



[Lire le texte](#)
[122](#)

- ▶ **Préserver la vitalité pulpaire**
 - Traitement par Fluorure Diamine d'Argent (FDA) Concept et indication
 - Atteinte pulpaire : le coiffage pulpaire direct

 Lire la vidéo, en cliquant ici



[Lire le texte](#)
[137](#)

Clôture du Colloque

Mme Marguerite CAZENEUVE
Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la Cnam

Dr Benoît PERRIER
Président de l'UFSBD

 Lire la vidéo, en cliquant ici



[Lire le texte](#)
[145](#)

Accès à toutes les vidéos

XXV^e Colloque National de Santé Publique de l'UFSBD

Génération **sans carie**

Tous acteurs dans nos cabinets !





Tout lire, en cliquant ici

Organisme agréé par l'Assurance Maladie

ufsbd  Assurance Maladie

ANNEXES

[149](#)





Allocution d'accueil



Dr Grégory ÉMERY
Directeur général de la Santé

Mesdames, Messieurs, Madame la directrice déléguée à l'Assurance maladie, Chère Marguerite, Monsieur le président de l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD), Monsieur le président du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes,
Chers collègues, chers amis, celles et ceux qui sont ici à Paris ou à distance,

Je suis très heureux de vous accueillir aujourd'hui au ministère de la Santé et de l'Accès aux soins dans cette salle Pierre Laroque, le père fondateur de la Sécurité sociale, pour ce 25^e colloque national de santé publique de l'UFSBD.

Je salue tout particulièrement l'ensemble des institutions qui ont œuvré à l'organisation de cette journée nationale dédiée à la santé orale des enfants et des jeunes avec ce grand et beau programme Génération sans carie. Je remercie sincèrement les représentants ici présents de la profession ainsi que tous les chirurgiens-dentistes pour votre mobilisation et votre engagement chaque jour pour la santé bucco-dentaire de nos concitoyens ainsi que pour la santé publique. Cette maison, ma maison, la direction générale de la Santé, celle de la santé publique est bien évidemment aussi la vôtre.

Nous sommes tous au service de la santé de tous.

La santé bucco-dentaire a une place qui compte en santé publique, du plus petit au plus grand, du vulnérable au plus fragile, à l'école ou au cabinet, en ville ou en zone rurale, notamment auprès des personnes en situation de handicap, en établissements pour personnes âgées, en établissements médico-sociaux, vers toutes celles éloignées du soin et de la prévention.

Je souhaitais profiter de cette introduction pour aborder trois sujets illustrant la mobilisation de tous.

Tout d'abord, se dire qu'effectivement, la santé bucco-dentaire des enfants et des jeunes requiert une mobilisation de nous tous. Je sais que vous en êtes convaincus, professionnels de santé, professionnels de la santé publique, afin de relever le défi de la santé de demain. Et préparer la santé de demain, c'est préparer la santé des générations à venir.

Et ce très bel objectif d'une génération sans carie pourrait être atteint, notamment grâce au levier proposé par l'Assurance maladie, en partenariat avec l'UFSBD, mais aussi avec tous les chirurgiens-dentistes et assistants dentaires. Enfin, la direction générale de la Santé, que j'ai la chance de représenter ce matin, contribuera aussi à cet effort grâce au lancement en 2025 d'une réflexion stratégique pour sa feuille de route sur la santé orale. J'y reviendrai.

Prévenir les infections bucco-dentaires des enfants et des jeunes est un enjeu pour la prévention des maladies chroniques des adultes de demain. C'est par cela que je tenais à commencer. La prévention des affections bucco-dentaires des enfants et des jeunes constitue en soi un enjeu important.

Porter notre attention vers les générations les plus jeunes, c'est finalement préparer les adultes de demain. Et ce n'est pas à vous que je vais apprendre ces chiffres. Mais je préfère toujours les énoncer. On voit que selon les données à notre disposition aujourd'hui, nous avons des caries qui sont plus fréquentes en France que dans certains pays européens. Peut-être juste deux chiffres :

- 56 % des Français n'ont jamais eu de carie à 12 ans contre 81 % des jeunes Allemands.
- Le taux de recours annuels aux chirurgiens-dentistes pour les adultes serait aussi moindre en France : 43 % contre 70 % en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas.

Il est important de décrire pour mieux agir et cibler nos actions. Pour cela, nous serons prochainement en mesure d'accéder à des données épidémiologiques encore plus robustes, actualisées et régulières grâce aux travaux de l'Assurance maladie, et qui pourront nous aider à renforcer nos actions.

Ce n'est pas à vous que je vais apprendre que nous avons tous besoin de bonne santé pour être en bonne santé. En effet, les dents sont éminemment importantes. Bien évidemment pour toutes les fonctions de base, et j'ai envie de dire pour vivre bien et pour vivre heureux : manger aisément, parler sans difficulté, interagir socialement sans anxiété due à l'absence de dents, mais aussi pour aller à l'école, pour aller au travail sans avoir mal ou sans douleur.

Une bonne santé bucco-dentaire permet de diminuer nombre de maladies chroniques non transmissibles. Je pense à certaines maladies respiratoires, à certaines maladies cardio-vasculaires, au diabète ou encore à la mal nutrition. Aussi, la contribution de la santé orale ou de la santé bucco-dentaire à la santé publique dans son ensemble est importante.

Venons-en maintenant à Génération sans carie qui vous sera présentée plus en détail par Marguerite Cazeneuve tout à l'heure. C'est un beau et grand programme de prévention qui favorise un contact plus précoce avec le chirurgien-dentiste et la prise en charge des enfants et des jeunes au cabinet dentaire de ville. C'est un bel objectif. En santé publique, il est important de tracer des trajectoires, et celle-ci est une trajectoire ambitieuse.

Bravo à tous ! Bravo aux équipes de l'Assurance maladie.

Effectivement, le premier avenant en juillet 2024 a permis d'aller encore plus loin en portant une attention plus importante aux publics vulnérables. Et nous avons pour mission ici de lutter contre les inégalités sociales de santé. Et cela y contribue fortement.

Peut-être aussi un petit mot sur la place de la santé bucco-dentaire à l'école pour dire que l'UFSBD est associée à l'Assurance maladie pour mener de nombreuses actions de sensibilisation et d'éducation pour la santé des enfants en milieu scolaire, notamment avec le dispositif M'T dents.

Et j'en profite pour saluer bien évidemment les actions de toutes celles et de tous ceux qui œuvrent dans ce sens. Je pense aux collègues de l'Éducation nationale, aux villes et aux départements. La santé à l'école, ce n'est pas simplement un slogan, c'est des actions, c'est du concret, c'est du quotidien et cela se renforcera demain.

Je terminerai par les engagements de la direction générale de la Santé en matière de santé orale. En 2025, nos engagements, ce sont les engagements de la France au niveau international et au niveau national, c'est un point important.

Nous aurons aussi l'occasion de faire vivre la question de la santé orale tout au long de 2025, que ce soit à travers l'actualisation des rubriques bucco-dentaires du nouveau carnet de santé qui sera publié à partir du 1^{er} janvier 2025 ou encore l'intégration de la thématique santé bucco-dentaire dans les auto-questionnaires du dispositif « Mon bilan prévention ». Il y a aussi des avancées, je pense notamment à la possibilité de programmer un rappel annuel dans l'espace numérique de santé pour un rendez-vous avec son chirurgien-dentiste.

Et la direction générale de l'Offre de soins travaille notamment, dans le cadre de deux projets de recherche, sur la performance du système de soins :

- La petite enfance et le brossage des dents en milieu scolaire
- Et dans le cadre d'expérimentation dite article 51 en télé-dentisterie ambulatoire, en ESSMS et en EPHAD en direction des populations vulnérables.

Je terminerai sur deux points de calendrier :

- Le premier pour dire que la direction générale de la Santé a sollicité le Parlement, notre parlement de la Santé. La Conférence nationale de santé (CNS) est effectivement le lieu de la démocratie en santé. Un groupe de travail, dédié à la santé bucco-dentaire et piloté par le professeur Frédéric Denis, a ainsi été créé en 2024. De nombreuses auditions ont été menées. Elles nous permettront effectivement d'aboutir à des recommandations issues de la démocratie en santé pour orienter l'action publique.
- L'année 2025 sera une année chargée. Il y aura aussi un agenda chargé au niveau international pour la France. Je pense à l'agenda mondial en santé orale, notamment dans le cadre du plan d'action santé bucco-dentaire OMS 2023 –2033. Dans ce cadre-là, nous aurons l'occasion dans les tout prochains jours, de mémoire fin novembre, à Bangkok, de réaffirmer les engagements de la France pour la santé orale au niveau international. Cela montre que ce sujet est un sujet qui prend de plus en plus de place dans les discussions internationales. Ce sera le premier sommet santé oral OMS.

Voilà ce que je souhaitais partager avec vous ici et à distance.

Nous avons l'occasion de construire ces prochains mois une feuille de route de santé orale à la française.

Nous aurons bien évidemment à cœur de la construire avec vous tous, dans un esprit qui a été aussi celui du parlement de la démocratie en santé, de la CNS, c'est-à-dire de travailler avec tous les acteurs, avec les représentants des associations, mais aussi les chirurgiens-dentistes, pour déployer cette stratégie pour la santé orale de nos enfants de demain, mais pour aussi la santé des enfants et des adultes d'aujourd'hui.

On aura tous besoin de vous.

Je terminerai par ces phrases positives en disant qu'au vu de l'engouement de ce matin, du nombre de connexions à distance et des forces d'engagement pris par la profession avec l'Assurance maladie, je suis certain que l'on va relever collectivement ce beau défi de santé publique pour de futures générations sans caries, et qu'on va relever ce défi ensemble.

Un grand merci pour votre présence ce matin.





Ouverture du Colloque



Dr Benoît PERRIER

Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

Monsieur le directeur général de la Santé, Madame la directrice déléguée à l'Assurance maladie, je vous remercie de votre présence.

Monsieur le président du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes, Messieurs les présidents des syndicats dentaires, Monsieur le président de l'UNOCAM (Union nationale des organismes complémentaires d'Assurance maladie) et mes Chers consœurs et confrères, je suis honoré de vous accueillir aujourd'hui pour ce 25^e colloque annuel de santé publique de l'UFSBD centré sur l'ambition d'une génération sans carie, et sur le rôle que nous avons tous à jouer pour atteindre cet objectif.

Je remercie la ministre de la Santé et de l'Accès aux soins, Madame Darrieussecq, pour son hospitalité, et l'Assurance maladie, notamment Madame Cazeneuve, pour sa co-organisation.

Mais plus encore, je tiens à remercier tous ceux et toutes celles qui rendent possible notre œuvre collective, nos membres, nos cadres de l'UFSBD qui, de générations en générations, se mobilisent tout au long de l'année partout en France, pour favoriser l'accès à la prévention orale. Cette communauté est dans l'ADN de notre profession depuis près de 60 ans, dans un esprit d'engagement positif, tourné vers l'avenir.

Nos consœurs et confrères sortent de leurs cabinets pour transmettre, informer, prévenir et sont de véritables ambassadeurs de la santé orale auprès d'un public varié. En tant que chirurgien-dentiste, nous avons un rôle unique dans la société : celui de redonner le sourire, mais surtout celui d'aider à le préserver en luttant contre des pathologies largement évitables.

Aujourd'hui, on se réunit à l'aube d'une nouvelle évolution majeure du programme de prévention conventionnelle destinée à notre jeunesse, M'T dents, qui nous est cher à l'UFSBD. Il nous a semblé évident que cette édition devait y être consacrée. Il n'y a qu'une chance de bien démarrer un programme de santé publique, tout comme il n'y a qu'une chance de bien commencer sa vie. L'ambition d'une génération sans carie est un engagement des différents acteurs pour mettre tout en œuvre afin que nos enfants puissent atteindre l'âge adulte en pleine santé, et en pleine santé orale.

Il est donc essentiel que nos pratiques évoluent en parallèle des évolutions du cadre de santé publique.

Ce colloque ne marque pas une conclusion, mais bien le début d'une ambition commune. Il va permettre d'approfondir notre compréhension du contexte, des enjeux et des nouvelles orientations.

Et cet après-midi, on va se pencher un peu plus sur des focus cliniques qui, j'espère, susciteront chez vous un grand intérêt pour aller plus loin dans la formation continue.

Cette journée va nous permettre d'avancer ensemble dans la même direction, au service de nos patients, mais également, comme l'a précisé Monsieur le directeur, d'avoir des mesures complémentaires qui vont toucher le quotidien des Français en dehors des cabinets pour favoriser notamment une alimentation moins cariogène et pour faciliter l'accès aux produits d'hygiène orale pour le plus grand nombre.

Et bien sûr, agir pour la santé bucco-dentaire, c'est prévenir efficacement des pathologies non transmissibles telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires et ainsi avoir un impact durable sur la santé globale.

Je vous remercie tous d'être présents, en direct sur vos écrans et dans cette salle Laroque, et je vais laisser la parole à la co-organisatrice, Madame Cazeneuve.

Mme Marguerite CAZENEUVE

Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)

Je remercie l'UFSBD de nous avoir invitée à coorganiser cette année son colloque annuel. C'est évidemment un symbole qui est très fort pour nous.

J'ai souvent, comme Grégory Emery, eu l'occasion de participer à des colloques et des tables rondes sur la prévention. Nous avons en France un système qui est trop porté sur le curatif par rapport à d'autres pays européens, et c'est la raison pour laquelle nous avons engagé ce virage. C'est quelque chose que nous entendons beaucoup, compte tenu du diagnostic qui peut être fait en France, et notamment pour la santé orale.

Quand nous regardons les actes dentaires en France, plus de la moitié sont des actes prothétiques alors qu'ils ne sont que 25 % en Allemagne. De la même façon, 75 % de l'activité dentaire est consacrée à des actes de prévention ou à des actes de conservation en Allemagne. Cela doit nous interpeller. C'est à la fois l'un des symptômes, et la démonstration que nous avons un système trop curatif, et cela est particulièrement vraie pour la santé orale.

Lorsqu'en 2023, nous avons eu l'occasion de pouvoir se réunir de nouveau avec nos partenaires conventionnels, les deux syndicats représentatifs des chirurgiens-dentistes et avec l'UNOCAM, nous nous sommes dit : « nous avons l'habitude de nous réunir pour travailler sur l'avenir de la profession, sur l'avenir de la santé, mais la santé question centrale était la suivante : qu'est-ce qui peut nous permettre d'engager un virage pour la santé bucco-dentaire sur la santé générale ? ».

Je crois que c'était une ambition qui était partagée par tous les partenaires. Mais engager un vrai virage préventif, c'est extrêmement compliqué parce qu'actuellement les soins prothétiques, les soins curatifs sont davantage valorisés.

Honnêtement, ça n'a pas été une discussion facile, mais je pense que nous sommes parvenus collectivement à imaginer quelque chose, notamment cette Génération sans carie qui se décline par le programme M'T dents tous les ans sur lequel nous reviendrons tout à l'heure.

Cette Génération sans carie va changer réellement la santé orale des Français. Et si nous y parvenons, nous aurons réussi un des plus grands programmes de santé publique en France, de manière concrète et grâce à la participation de tous les acteurs concernés.

Je voudrais vraiment remercier l'UFSBD pour sa participation depuis 2006 au programme M'T dents, programme qui a fait ses preuves. 63 % des enfants de 15 ans n'avaient pas de carie en 2016 alors qu'ils n'étaient que de 49 % au moment du lancement de ce programme. Nous savons aujourd'hui que le programme M'T dents marche.

L'ambition, c'est vraiment de passer à l'échelle supérieure. Faire en sorte que sur une génération, sur la cohorte des jeunes pour lesquels le capital dentaire peut être préservé, nous ayons à la fois de la promotion de la santé de manière intensive, un examen annuel et un suivi dans la durée.

Nous avons cette ambition, que nous avons présentée, que cette cohorte puisse augmenter chaque année et que petit à petit, 100 % de la population soit uniquement concernée par des actes préventifs et de conservation, et d'une certaine manière, que nous arrivons à faire disparaître en une, deux, trois générations les actes prothétiques parce que nous aurons réussi ce pari de la santé préventive en santé orale. Et il s'agit là d'un pari très ambitieux.

C'est un pari que nous n'aurions pas pu mener seul dans les déclinaisons concrètes de ce programme qui sont :

- D'augmenter significativement la rémunération de l'EBD (examen bucco-dentaire),
- De revaloriser tous les soins préventifs et de conservation de la dent pour que le chirurgien-dentiste soit incité à pratiquer une activité qui soit d'ordre conservateur
- Et de rembourser des nouveaux actes conservateurs ou préventifs.

Nous n'aurions pas pu le faire pour la population générale. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes concentrés sur cette cohorte qui a vocation à grossir.

Mais nous n'aurions pas pu non plus le faire, sur un plan organisationnel et financier, sans un partenariat très fort avec l'UNOCAM.

Aussi, la Convention qui a été signée en juillet 2023 réunit pour la première fois quatre partenaires : l'UNOCAM et les deux syndicats, que je remercie vraiment, sincèrement pour leur engagement, plus l'Assurance maladie. C'est un programme extrêmement ambitieux auquel je crois beaucoup. Je pense que nous pouvons vraiment changer la donne, avec l'aide de l'UFSBD grâce à ses actions d'Aller vers et de promotion de la santé en classe, et le ministère de la Santé. Je pense qu'il va falloir que nous portions tous ce programme.

Du côté de l'Assurance maladie, nous sommes extrêmement convaincus que cette convention et ce programme peuvent changer la donne. Cela suppose évidemment un changement de pratiques et de mœurs.

Et je remercie particulièrement tous ceux et toutes celles qui y ont contribué à l'Assurance maladie, et en particulier Loren PINON, Armance PHILIZOT et le Docteur Géraldine ROSET.

Merci beaucoup à toutes les trois et à l'équipe du département prévention et promotion de la santé et à tous les négociateurs, et enfin à tous les participants de ce colloque. Et encore merci à l'UFSBD.

Dr Alain DURAND

Président du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes

Nous apportons un soutien inconditionnel à l'UFSBD, en précisant que le Conseil national de l'ordre a fait partie des membres fondateurs. Mais l'Ordre, pour des questions d'indépendance et de statuts, ne peut pas s'unir à une association. Cependant, notre soutien est et restera indéfectible.

J'ai remarqué que le but de l'UFSBD, qui suit l'évolution de la société, est d'être aussi des "influenceurs". Et vous êtes en êtes d'excellents.

Vous avez réussi à influencer d'abord les professionnels, puis les patients, en les informant, en leur donnant des idées et des thérapeutiques dont ils n'avaient pas connaissance, en s'inspirant parfois de pays comme l'Allemagne ou d'autres, qui ont une prévention beaucoup plus établie que la nôtre, avec des budgets qui sont, comme vous l'avez dit Madame Cazeneuve, largement supérieurs aux nôtres, plus du double.

Vous avez créé un maillage territorial. J'ai connu une UFSBD dans les départements, dans les régions et maintenant au national. J'ai pu apprécier la qualité des praticiens de terrain au niveau régional et celle des décideurs au niveau national. C'est un travail de fond qui a été réalisé depuis 25 ans, et Benoît [PERRIER] a bien œuvré pour cette cause qui nous est commune.

Vous intervenez aussi sur la formation. Les gens s'imaginent souvent que de dire c'est bien et souvent suffisant, mais de faire c'est mieux.

Agir sur la formation est très important, étant toujours en activité, il m'est facile de constater que nous sommes toujours isolés dans nos cabinets, et l'UFSBD a un rôle important sur la formation en prévention, il est vrai qu'une piqure de rappel est toujours la bienvenue et rend plus efficaces nos actions de terrain dans notre pratique quotidienne.

Merci pour tout ce que vous faites. On vous soutiendra d'une façon inconditionnelle pour les nombreuses années à venir.

Nous travaillons aussi main dans la main avec les syndicats qui sont complémentaires de certaines actions.

Les négociations qui sont menées avec la Sécurité sociale permettent aussi de faire avancer la prévention. Il est vrai que nous travaillons ensemble sur le sujet, mais il serait important d'avancer plus vite et plus fort pour obtenir des résultats sur le long terme pour les pérenniser, et gagner en efficacité.

Aussi, vous avez le soutien absolu du Conseil national de l'ordre. Je vous remercie.





Étude sur le recours au Cabinet Dentaire des jeunes

*Étude régionale menée par
l'URPS/ORS Pays de la Loire et UFSBD
via le Système National des Données de Santé*



Dr Dominique BRACHET

Président de l'Observatoire Régionale de la Santé (ORS) et de l'Union Régionale des Professionnels de Santé des Chirurgiens-Dentistes (URPS CD) en Pays de la Loire

Bonjour à tous.

Avant de parler de l'étude, je souhaite faire un petit historique. Comment un chirurgien-dentiste, président de l'URPS devient président d'un Observatoire régional de santé (ORS). Un Observatoire régional de santé a pour missions de produire, d'analyser et de partager des données de santé.

Et il se trouve qu'au moment de la création des ARS, l'Observatoire régionale de santé des Pays de Loire, qui existe depuis 1983, a souhaité ouvrir son conseil d'administration et recruter des professionnels libéraux. C'est comme cela que je suis entré au conseil d'administration de l'Observatoire régionale de santé des Pays de Loire.

En 2017, au moment de la création du Système national des données de santé (SNDS), il nous est apparu qu'il y avait vraiment une opportunité pour nous qui cherchions des informations et des études sur les soins qui étaient vraiment réalisés.

Et nous avons eu l'opportunité à l'ORS de recruter une chargée d'études qui connaissait le SNDS puisqu'elle avait travaillé à la CNAM et qui avait les habilitations nécessaires. À partir de là, l'ORS des Pays de Loire a commencé à travailler sur le SNDS. On a été un des premiers observatoires de France à le faire.

Ce travail a abouti à une première étude qui a été publiée en 2018 sur le parcours en cabinet dentaire des enfants et des adolescents.

Et nous avons souhaité ces dernières années, en partenariat avec l'UFSBD, avec le Docteur Benoît PERRIER - qui n'était pas encore président de l'UFSBD, mais qui était déjà membre du bureau de l'URPS CD des Pays de Loire - renouveler cette étude en l'étendant sur les mêmes tranches d'âge que M'T dents à savoir de 3 ans à 24 ans.

Je vais laisser le Docteur Jean-François BUYCK, qui est le directeur de l'Observatoire régionale de santé et qui est médecin de santé publique, vous présentez cette étude.

Dr Jean-François BUYCK

Directeur de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Pays de la Loire, Vice-Président de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS)

Ce sont des premiers résultats qu'on va vous présenter en avant-première. Nous sommes encore en cours d'analyse.

Aussi, un rapport sera publié dans les toutes prochaines semaines avec des analyses beaucoup plus fines.

Comme le disait Dominique BRACHET, il y avait véritablement des attentes fortes des professionnels de santé, des chirurgiens-dentistes, d'avoir ces éléments de connaissance pour identifier des besoins, cibler des populations et identifier des territoires où les besoins étaient plus importants. C'est dans ce travail précisément qu'on s'est engagé au sein de l'ORS.

L'ouverture des accès au Système national des données de santé a été une opportunité très importante en permettant d'étudier les consommations de soins, les parcours de soins, individu par individu, tout régime d'assurance maladie confondu. Cette ouverture depuis 2017 a vraiment impulsé beaucoup de travaux très importants.

On peut remercier notamment la CNAM d'avoir permis l'ouverture à ces données très précieuses.

On a produit une première étude en 2018. On l'a renouvelée en 2024 en regardant plus particulièrement des éléments d'évolution.

L'idée est :

- De regarder le recours aux soins dentaires chez les enfants et les jeunes, et surtout les éléments d'évolution, beaucoup de choses ont changé depuis le précédent rapport de 2018, notamment dans le cadre du programme M'T dents,
- D'identifier des besoins de santé
- Et de décrire les pratiques des professionnels de santé et leurs évolutions parce qu'on peut le faire avec le SNDS.

On a un rapport qui suit un plan d'analyse :

- Le recours au cabinet dentaire,
- Plus spécifiquement tout ce qui va concerner la prophylaxie bucco-dentaire, les visites préventives, certains actes comme la pose de vernis et le scellement de sillons,
- Les soins conservateurs,
- Les extractions dentaires, notamment celles des premières et deuxième molaires permanentes
- Et les éléments d'orthodontie.

Je vais surtout me focaliser sur les trois premiers points dans ses premiers résultats.

En termes de méthodologie, on a ouvert, par rapport à la précédente étude, la question de la santé des moins de 25 ans, en regardant ce qui se passe avant 6 ans et au-delà de 18 ans.

Je vais jongler entre deux types d'approche :

- Une approche qui vise à regarder quel est le recours une année donnée
- Et une approche qui vise à regarder pour une cohorte d'enfants nés la même année, comment leurs parcours et leurs visites évoluent sur une période de 4 ans.

Sur ces premiers résultats, certains ne vous étonneront pas particulièrement tandis que d'autres seront peut-être un peu plus novateurs.

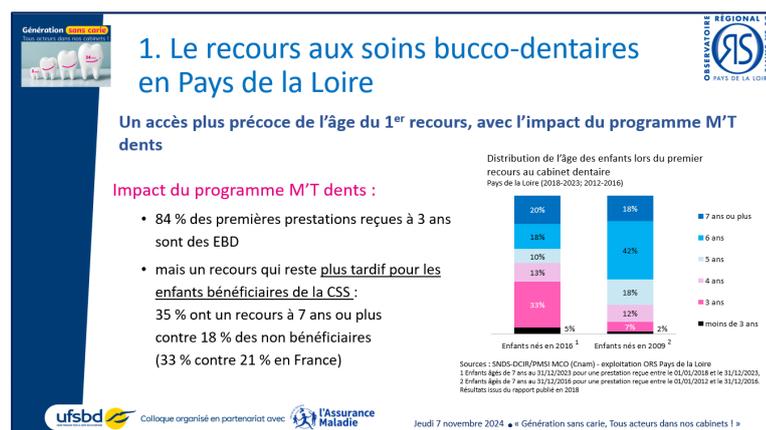
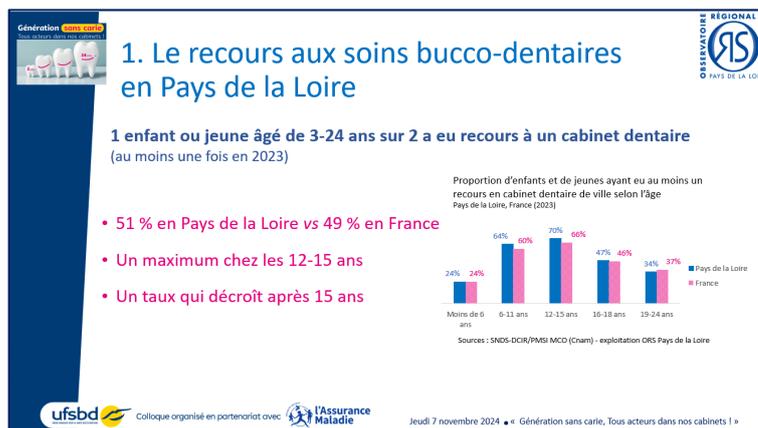
Premiers résultats qui ont déjà été un peu abordés au début de ce colloque, c'est la question du taux de recours global aux soins bucco-dentaires chez les jeunes.

Quand on regarde les jeunes âgés de 3 à 24 ans, on a globalement 1 jeune sur 2 qui a un recours au cabinet dentaire au moins une fois au cours d'une année, en l'occurrence en 2023. Et donc 1 jeune sur 2 n'y a pas recours au cours de cette année.

C'est un taux qui est légèrement supérieur dans les Pays de la Loire à ce qu'on peut observer en moyenne en France.

Ce qui est peut-être un peu plus intéressant à regarder, c'est l'évolution de ce taux de recours en fonction des classes d'âge.

On voit que chez les moins de 6 ans, ce taux est d'un quart, il augmente progressivement avec l'âge et devient maximum entre 12 et 15 ans pour de multiples raisons et besoins de soins puisqu'il atteint 70 % dans la région, et deux tiers en France. Puis il diminue assez nettement à partir de 15 ans.



Ce qu'on observe très nettement selon la seconde approche, qui est de regarder une cohorte d'enfants et de voir comment les choses évoluent dans le temps en fonction de leur âge, et c'est assez logique, dans le cadre de l'évolution du programme M'T dents, est un accès plus précoce de l'âge au premier recours.

Vous avez sur la colonne de gauche, la situation actuelle, et sur la colonne de droite, ce qu'on observait il y a quelques années dans notre précédent rapport. On y observait que majoritairement, l'âge des enfants lors du premier recours était de 6 ans, soit 42 %.

C'est la situation en bleu clair que vous observez sur la colonne de droite.
Ces recours sont quand même plus précoces mais dans des proportions moindres.

Ce qu'on observe dans la colonne de gauche, c'est la situation actuelle, où on a quand même un tiers des enfants qui sont vus à l'âge de 3 ans. Dans cette répartition par âge des enfants, on a 18 % à l'âge de 6 ans, 20 % à 7 ans, sachant que 33 % des enfants sont vus à l'âge de 3 ans.

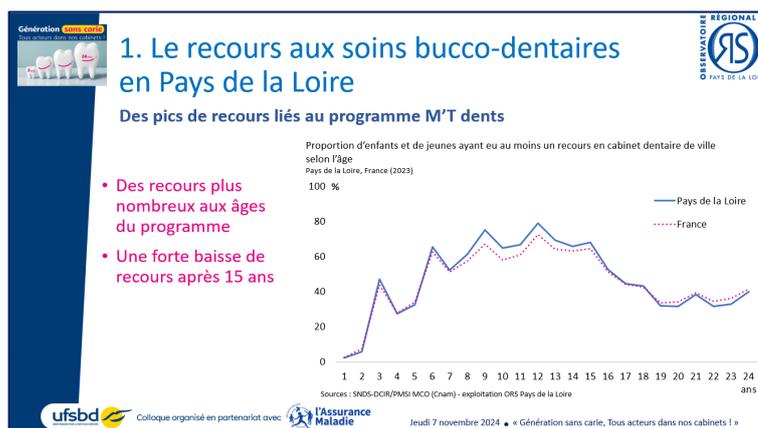
Très majoritairement, ces premières prestations reçues à 3 ans, ce sont des examens bucco-dentaires.

Ce qu'on observe également, c'est un recours plus tardif chez les enfants bénéficiaires de la CSS (complémentaire santé solidaire) puisque 35 % ont un premier recours à 7 ans ou plus contre 18 % chez les non-bénéficiaires de la CSS.

On pourrait avoir le même constat en termes de gradient social si on regardait la commune de domicile et l'indice de défavorisation de la commune de domicile des enfants.

On verrait très nettement ce gradient social du recours.

L'impact du programme M'T dents, on le visualise très bien sur cette courbe qui montre en 2023 le taux de recours en fonction de l'âge.



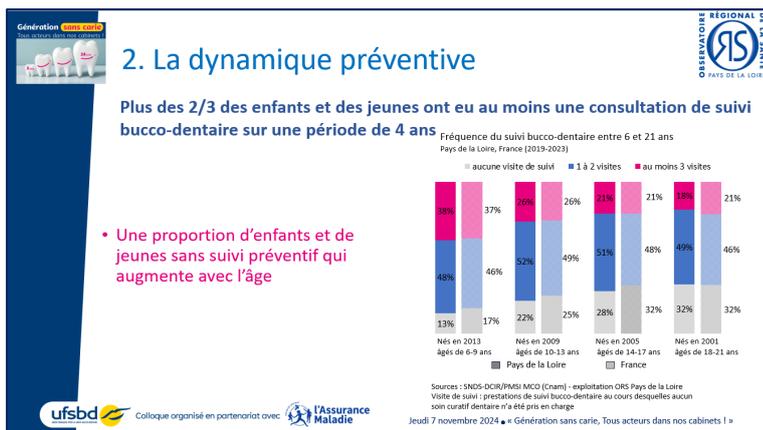
Et vous voyez tous ces pics du taux de recours à 3 ans en Pays de la Loire comme en France : à 3 ans, à 6 ans, à 9 ans, etc.

On voit aussi une forte baisse du recours, c'est assez visible, après l'âge de 15 ans.

On bascule maintenant sur la question de la dynamique préventive avec la seconde approche qui est celle établie à partir de cohortes d'enfants.

À partir d'une année donnée, on suit dans le temps comment leurs recours évoluent sur une période de 4 ans.

Ce qu'on peut dire à partir de ces analyses, c'est que plus de deux tiers des enfants, tous âges confondus, ont au moins une consultation de suivi bucco-dentaire sur une période de 4 ans.



Déjà, on pourrait se dire, on va essayer d'être positif, c'est plutôt pas mal.

Ce sont les données rouges et bleues sur le graphique.

Si on pousse le curseur un peu plus en regardant les enfants qui ont au moins un suivi régulier, c'est à dire peut-être en se fixant 3 consultations de suivi bucco-dentaire, hors soins curatifs, sur une période de 4 ans.

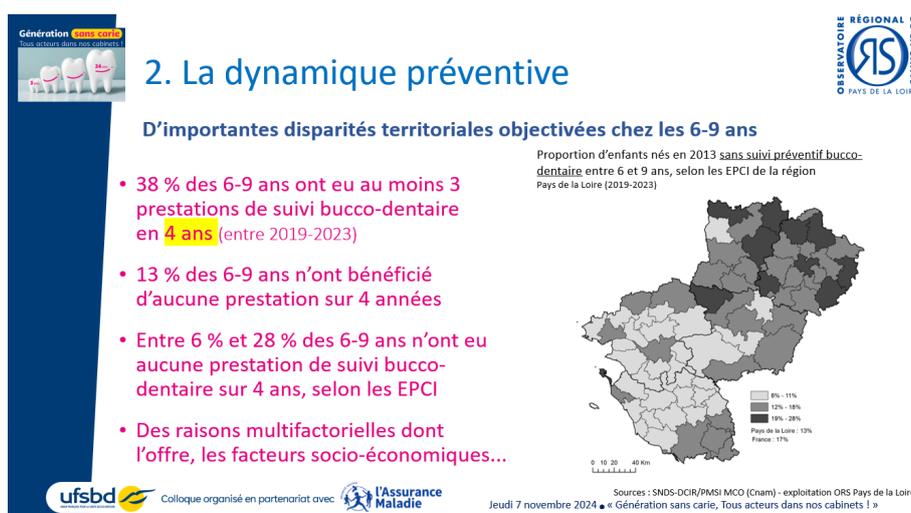
Ce sont les chiffres rouges.

On voit que cette proportion diminue très nettement. Elle passe de 38 % chez des enfants nés en 2013, âgés de 6 à 9 ans.

Sur cette tranche d'âge de 6 à 9 ans, seulement 38 % des enfants ont au moins 3 visites de suivi bucco-dentaire sur une période de 4 ans, 26 % chez les enfants âgés de 10 à 13 ans sur cette période, 21 % chez les enfants nés en 2005, âgés de 14 à 17 ans, et encore moins, 18 % chez les jeunes âgés de 18 à 21 ans.

On a une proportion d'enfants et de jeunes sans suivi préventif qui augmente très nettement avec l'âge.

En tant qu'ORS, on ne peut pas ne pas regarder les disparités territoriales au sein de notre région.



Sans rentrer dans les détails précis qui concernent notre région, le constat met en évidence des disparités territoriales très fortes.

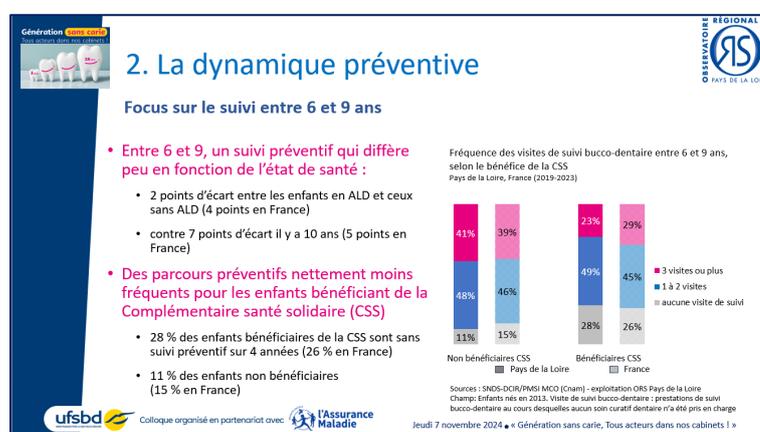
Selon les regroupements de communes, les EPCI (Établissements publics de coopération intercommunale), la proportion d'enfants sans suivi préventif bucco-dentaire est de 6 %, dans les zones les plus claires, à 28 % dans les zones les plus foncées.

On a vraiment un facteur qui va de 1 à 5 selon les territoires en termes d'absence de suivi bucco-dentaire.

Les raisons sont multiples.

Il y a des raisons assez évidentes qui peuvent être autour de l'offre. Si on calquait la carte des Pays de Loire à celle de l'accessibilité aux chirurgiens-dentistes, on pourrait voir une certaine corrélation, mais ce n'est pas si évident. Cela ne marche pas dans tous les territoires, il y a d'autres facteurs, et notamment des facteurs socio-économiques qui jouent un rôle.

Si on fait un focus sur la cohorte des enfants de 6-9 ans, parce que c'est vraiment un âge clé sur la question de la prévention, on observe, contrairement à la précédente étude, peu de différence en ce qui concerne la fréquence de suivi bucco-dentaire avec les enfants de cette même tranche d'âge qui ont des problèmes de santé, des maladies chroniques identifiées par le fait d'être bénéficiaires d'une admission en ALD.



Ce constat est plutôt positif.

En revanche, on observe toujours des différences très marquées selon les enfants qui sont bénéficiaires ou non de la CSS (chiffres en gris sur les graphiques).

En Pays de la Loire, 28 % des enfants bénéficiaires de la CSS n'ont aucun suivi bucco-dentaire sur 4 ans contre 11 % seulement des enfants non bénéficiaires de la CSS. Et le constat est le même à l'échelle nationale en France.

Toujours sur la dynamique préventive, en se focalisant sur deux actes particuliers réalisés par les chirurgiens-dentistes qui sont la pose de vernis fluorés et le scellement de sillons, on remarque que ce sont des actes qui restent relativement peu fréquents.

2. La dynamique préventive

Focus sur la pose de vernis et le scellement de sillons

- **La pose de vernis fluorés est peu fréquente en région Pays de la Loire**
 - 5,7 % des enfants nés en 2013 ont eu une pose de vernis entre 6 et 9 ans contre 9,4 % de cette classe d'âge en France
 - Les enfants avec ALD ont un peu plus concernés : 7,0 % contre 5,6 %
 - Pas de différence selon le fait de bénéficier de la CSS
- **Le scellement de sillons**
 - 12 % entre 6 et 9 ans et 7 % entre 10 et 13 ans (respectivement 21 % et 10 % au niveau national)
 - Pas d'augmentation en région entre 2015 et 2023 à la différence de ce qui est observé en France (+2,2 points pour les 6-9 ans et +1,4 points chez les 10-13 ans)

Proportion d'enfants ayant eu une pose de vernis entre 6 et 9 ans (2019-2023)
Pays de la Loire (2019-2023) : 6% (6-9 ans), 9% (France)

Proportion d'enfants ayant eu un scellement de sillons entre 6 et 9 ans et entre 10 et 13 ans (2019-2023)
Pays de la Loire (2019-2023) : 12% (6-9 ans), 7% (10-13 ans), 21% (France)

Entre 6 et 9 ans : 12% (Pays de la Loire), 21% (France)
Entre 10 et 13 ans : 7% (Pays de la Loire), 10% (France)

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam) - exploitation ORS Pays de la Loire
1 Enfants nés en 2013
2 Enfants nés en 2009

Jeudi 7 novembre 2024 « Génération sans carie, Tous acteurs dans nos cabinets ! »

La pose de vernis fluorés pour les 6-9 ans :

À l'échelle régionale, on est à 6 % d'enfants concernés sur la période 2019-2023, 9 % en France, quasiment 1 enfant sur 10. Cela reste des chiffres relativement faibles.

En revanche, il n'y a pas de différence selon le fait de bénéficier ou non de la complémentaire santé solidaire.

Le scellement de sillons pour les 6-9 ans : les chiffres sont aussi relativement faibles.

12 % des 6-9 ans et 7 % des 10-13 ans à l'échelle régionale.

On n'observe pas particulièrement d'augmentation, en tout cas dans la région, entre 2015 et 2023.

En revanche, en France, la tendance est plutôt à l'augmentation même si elle reste faible.

Enfin, dernier résultat, on va un peu plus loin, on regarde les soins conservateurs. Le constat, c'est que globalement, 1 jeune de moins de 25 ans sur 10 a eu un soin conservateur en 2023.

Vous voyez le taux en fonction de l'âge, c'est la courbe en haut à gauche, en France et en Pays de la Loire.

3. Les soins conservateurs

1 enfant ou jeune âgé de 3 à 24 ans sur 10 a eu un soin conservateur en 2023

Pour les enfants ayant eu un soin conservateur entre 6 et 9 ans, **seul 1 sur 10 a eu une pose de vernis (11% vs 17% en France)**

Proportion d'enfants et de jeunes ayant eu au moins un acte de soins conservateurs selon l'âge (Pays de la Loire, France (2023))

Répartition des enfants selon le soin reçu entre 6 et 9 ans (Pays de la Loire (2019-2023))

- Ni soin conservateur, ni vernis : 61%
- Pose de vernis sans soin conservateur : 33%
- Soins conservateurs sans pose de vernis : 1%
- Soins conservateur et vernis >6 mois : 3%
- Soins conservateur et vernis <6 mois : 2%

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam) - exploitation ORS Pays de la Loire
Change Enfants nés en 2013

Jeudi 7 novembre 2024 « Génération sans carie, Tous acteurs dans nos cabinets ! »

Ce taux d'enfants bénéficiant de ce soin conservateur augmente très nettement jusqu'à 9 ans, puis il diminue assez nettement. Et c'est là l'élément de prudence que je souhaitais évoquer, on l'a vu tout à l'heure en début de présentation, le taux de recours au cabinet dentaire diminue très nettement à partir de 15 ans.

Il faut être prudent par rapport à ces taux de jeunes qui bénéficient d'un soin conservateur étant donné qu'il y a de moins en moins de jeunes à partir de 15 ans qui vont aller chez le chirurgien-dentiste.

Avec les conseils de Dominique BRACHET et de Benoît PERRIER, on a regardé plus particulièrement l'articulation entre la réalisation d'un soin conservateur et la pose de vernis.

C'est l'objet du graphique de droite. Pour l'ensemble des enfants de 6 à 9 ans, on regarde s'ils ont eu des soins conservateurs et si on retrouve la pose de vernis.

En bleu clair, vous avez très majoritairement des enfants (61 %) qui n'ont ni soin conservateur ni pose de vernis.

2 % des enfants qui ont une pose de vernis sont sans soin conservateur.

Ce qui va peut-être nous intéresser un peu plus, c'est le reste. Ce sont les enfants qui font l'objet de soins conservateurs. On regarde chez ces enfants s'ils ont eu la pose d'un vernis sur un délai de moins de 6 mois ou sur un délai de plus de 6 mois.

Et on voit que globalement 1 sur 10 de ces enfants de 6 à 9 ans qui ont fait l'objet d'un soin conservateur a bénéficié d'une pose de vernis soit 11 %. Ce chiffre est relativement faible, en tout cas particulièrement en Pays de la Loire contre 17 % en France qui est un chiffre un peu plus marqué.

Quelques points saillants pour résumer :

- Un programme préventif au cours des dernières années qui a rendu plus précoce l'âge du premier recours au cabinet dentaire.
- Le recours au suivi préventif reste fragile, en particulier dans des territoires sous dotés. On a bien vu la différence, qui va de 1 à 5 selon les territoires.
- Il y a bien sûr un poids important des déterminants socio-économiques sur la prévention bucco-dentaire. Mais il n'y a pas que ce facteur-là qui joue.
- Enfin, on observe que ces actes de prophylaxie, la pose de vernis et le scellement de sillons, peinent toujours à s'intégrer dans les pratiques des chirurgiens-dentistes et en particulier dans notre région.

Dr Benoît PERRIER

Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

Effectivement, ces données sont importantes pour le pilotage. Elles sont essentielles si on veut avoir des orientations et suivre les évolutions.

On voit notamment que les graphiques montrent qu'à chaque fois qu'il y a des invitations M'T dents, il y a une dynamique qui effectivement augmente. Dans l'intervalle, il y a quand même quelque chose qui se passe.

La première consultation au cabinet dentaire est essentielle parce qu'après on arrive ensuite à maintenir une dynamique plus ou moins intense de suivi. Et les évolutions de générations sans carie vont permettre de renforcer cela. C'est important.

En revanche, ce qui reste un point assez négatif, ce sont les évolutions de pratique.

On a des actes qui sont devenus maintenant anciens dans nos pratiques et qui n'ont pas été accompagnés lors de leur lancement. Et c'est bien pour cela qu'il faut accompagner les dynamiques au niveau des pratiques lors de leurs lancements.

Ces vernis, ces scellements de sillons, on voit que ce sont des actes qui se pratiquent peu. Pourquoi avons-nous étudié la pose de vernis par rapport aux soins conservateurs ?

Selon l'HAS, à partir du moment où on a un soin conservateur, on est à haut risque, et on doit bénéficier de la pose de vernis fluorés en prévention, d'autant plus chez les enfants qui sont dans des phases actives.

Ces marqueurs doivent nous interpeller en tant que professionnels et en tant que responsables professionnels, pour accompagner nos confrères dans ces pratiques.

Quand on est dans notre cabinet, comme le disait le président de l'Ordre, on est un peu seul et il faut effectivement, collectivement, qu'on prenne conscience de cela dans nos pratiques. C'est l'objectif de cette journée de vous donner ce type d'informations pour en faire le relais au niveau de la profession.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Merci pour cet élément de commentaire. Dominique Brachet, un complément également. Et puis, on va rejoindre le Docteur Alexandre DEZA pour vos questions éventuelles.

Dr Dominique BRACHET

Président de l'Observatoire Régionale de la Santé (ORS) et de l'Union Régionale des Professionnels de Santé des Chirurgiens-Dentistes (URPS CD) en Pays de la Loire

J'ai été particulièrement attentif à la carte qui nous a été présentée.

Par ailleurs, j'ai eu l'occasion d'examiner des cartes qui parlent du mal-logement, qui parle de la pauvreté sur la région et aussi notre carte de zonage de chirurgiens-dentistes. Et on peut superposer parfaitement bien ces cartes. Voilà, je crois que cela doit nous faire réfléchir.

Dr Benoît PERRIER

Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

C'est logique. L'indicateur du niveau de la santé orale est au niveau mondial reconnu comme un des meilleurs indicateurs médico-sociaux de l'état d'une population.

On a des facteurs qui sont très liés derrière. C'est très intéressant.

Cela veut dire que si on veut agir sur la santé orale, il faut agir aussi sur les autres déterminants autour. C'est important.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

On a vu les écarts très forts entre la population générale et les bénéficiaires de la CSS, vous l'avez souligné, écarts qui vous alertent et vous questionnent.

Dr Benoît PERRIER

Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

On voit que c'est un fait saillant. Il faut effectivement pouvoir travailler à des mesures spécifiques avec ces populations pour les engager.



Dr Katell André

Chirurgien-Dentiste – UFSBD Océan Indien

Actuellement, les enfants porteurs de handicaps non scolarisés ne peuvent bénéficier du programme de sensibilisation et dépistage M'T dents dans les ESSMS.

Est-ce qu'il y a un autre dispositif qui pourrait nous permettre d'intervenir dans ces structures et qui soit subventionné par l'Assurance maladie ?

Dr Benoît PERRIER

Président de l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD)

Je pense que nous aurons la réponse un peu plus tard dans la matinée.

Lors de l'intervention de l'Assurance maladie, on aura des réponses aussi sur des mesures un peu disruptives sur d'autres champs.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Juste pour rappeler l'enjeu, on parle des enfants en situation de handicap qui ne sont pas scolarisés.

Dr Benoît PERRIER

Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

C'est tout l'enjeu.
Comment les touche-t-on ?

À chaque fois, quand il y a des publics effectivement qui ne sont pas dans les structures, c'est pareil aussi avec le vieillissement, il y a des enjeux effectivement à toucher ces publics. Comment va-t-on les chercher et les accompagner ?



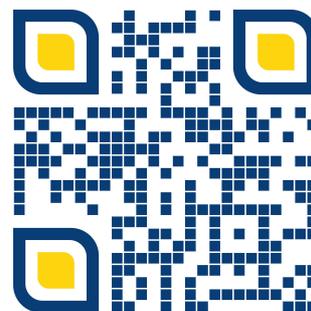


**Une ambition de santé publique
renouvelée pour la santé orale
de l'enfance à l'entrée
dans l'âge adulte**



Historique du programme M'T DENTS

Programme national de prévention bucco-dentaire : M'T dents à travers le temps



Génération sans carie : Une ambition des partenaires conventionnels (table ronde)

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Après ce rappel historique, les partenaires conventionnels sont aujourd'hui avec nous.

On va accueillir Madame Marguerite CAZENEUVE, le Docteur Patrick SOLERA, le Docteur Pierre Olivier DONNAT ainsi que Monsieur Marc LECLERE. Bienvenue à tous ! Je vous laisse vous installer.

On avait envie de parler en ce début de matinée des ambitions de ce programme Génération sans carie.

On y reviendra peut-être avec vous Madame CAZENEUVE. Je remarque que Génération sans carie s'écrit parfois au singulier, parfois au pluriel. Vous avez peut-être de la suite dans les idées.

On le disait tout à l'heure, il y a un peu de prospective.

On va commencer par donner la parole aux syndicats de la profession. Vous avez signé cette convention, vos deux organisations syndicales, mais finalement, pour quelles raisons ? Quels sont les enjeux qui vous ont poussé à vous engager dans cette démarche ?

Dr Patrick SOLERA

Président de la Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux (FSDL)

Notre syndicat, et c'est la première fois, a signé une convention. Peut-être que personne ne s'y attendait. Mais c'est vrai qu'on a attendu 2023 pour avoir enfin un texte qui porte non pas sur les prothèses et autres actes rémunérateurs pour la profession, mais sur des actes préventifs qui assurent une dentisterie conservatrice.

On était très contents que ce virage soit amorcé. Alors certes, au niveau financier, il y a encore beaucoup d'effort à faire pour arriver à avoir vraiment une forte mobilisation de la profession et entamer un virage, comme vous dites Madame CAZENEUVE, et que cela ne reste pas un vœu pieux. En tant que partenaire conventionnel, on est très content de discuter sur ce sujet avec des cadres de la CNAM, notamment le Docteur ROSET qui est présente aujourd'hui. C'est vrai qu'on a eu un dialogue assez constructif. Et c'est la raison pour laquelle nous avons signé. Nous en sommes très fiers. Il n'y a aucun regret là-dessus.

Après, il y a du travail, on est partenaire conventionnel, ce qui veut dire que pendant 5 ans, il va falloir négocier des avenants. Il va falloir aller plus loin dans l'investissement financier. Il faut aller plus loin aussi dans les méthodes pour approcher justement ces 60 % de jeunes qui ne viennent pas dans nos cabinets pour l'examen M'T dents. Il faut qu'on arrive à trouver une méthode pour les approcher, pour aussi approcher leurs parents puisque ce sont les parents qui bien évidemment les amènent dans nos cabinets.

Et nous avons des pistes à développer régulièrement tous ensemble autour de la table. J'espère qu'on abordera le sujet tout à l'heure. Je crois qu'il y a justement une autre table ronde sur ces mesures à prendre.

Mais au niveau conventionnel, il est vrai que depuis quelque temps, nous étions très inquiets de la tournure des événements puisqu'en 2018, la convention s'est uniquement portée sur le 100 % santé. Or vous savez que nous défendons une dentisterie qui évite d'arriver au stade de la prothèse, qui est le stade ultime de la mutilation de la dent. Et l'organe dentaire, hélas, ne repousse pas ! Aussi, on était un petit peu déçu en 2018. Et en 2023, pour une fois, on a eu un discours qui était cohérent avec ce que nous défendons depuis 30 ans à savoir une dentisterie biomimétique, conservatrice et bien entendu qui respecte le gradient thérapeutique.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Docteur Pierre Olivier DONNAT, vous, ce n'est pas la première fois que vous signez !

Dr Pierre Olivier DONNAT

Président des Chirurgiens-Dentistes de France (Les CDF)

Absolument, je vous le confirme.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Alors pourquoi ce virage préventif ? il vous a convaincu ?

Dr Pierre Olivier DONNAT

Président des Chirurgiens-Dentistes de France (Les CDF)

Alors non seulement il nous a convaincus, et le petit film le rappelait.

Mais le petit film d'ailleurs commence en 2006 alors qu'il devrait commencer en 1998 parce que l'EBD (examen bucco-dentaire), c'est 98 !

À l'époque c'était la Confédération nationale des syndicats dentaires, aujourd'hui c'est les CDF, mais nous étions déjà les partenaires essentiels de ce projet.

En tout cas, nous étions en appui des travaux qui avaient été notamment menés par l'UFSBD.

C'est dire notre engagement sur le sujet.

Notre engagement s'est aussi poursuivi, et notamment en 2018, par cette convention qui prévoyait dans son article 14 une expérimentation globale en prévention. Et je peux vous dire qu'on s'y est attelés très sérieusement.

Du côté CDF, cette expérimentation a donné le jour à un article 51. Vous savez ce que je ne rappellerai pas, les principes de ces expérimentations article 51 que nous avons construits patiemment entre 2018, 2019 et 2020 avec l'aide des meilleurs spécialistes universitaires français. Il y en a dans la salle.

J'ai le plaisir de saluer le Professeur Sophie DOMEJEAN qui nous a beaucoup aidés dans ce domaine. Et cette expérimentation a vu le jour avec beaucoup de vicissitudes.

Vous savez, par exemple, je citerai en anecdote que la dernière réunion avec l'Assurance maladie et les incubateurs 51 s'est tenue le 15 mars 2020.

Ça vous dit quelque chose ? C'est une date un petit peu particulière.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

C'est symbolique. Oui.

Dr Pierre Olivier DONNAT

Président des Chirurgiens-Dentistes de France (Les CDF)

Oui, à deux jours du confinement. Et je peux vous dire qu'ensuite on s'est débrouillés tout seuls, comme des grands côté CDF, pour construire cette expérimentation dans deux régions, Pays de la Loire et Bretagne.

Tiens, c'est curieux ! Ce n'est pas du tout un hasard.

Pourquoi a-t-on choisi les Pays de la Loire et la Bretagne pour lancer cette expérimentation ?

C'est que précisément là, il y avait un terrain très favorable pour mener cette expérimentation.

Alors, en quoi cette expérimentation était-elle tout à fait innovante ? Apportait-elle des points marquants du point de vue conventionnel ?

C'est que nous avons l'ambition de porter un changement total de paradigme qui s'inscrivait dans ce qu'on pourrait nommer l'intervention minimale en dentisterie.

Nous avons défini un protocole d'inclusion de nos jeunes patients, les 18 -21 ans, puisqu'il fallait bien cibler au départ une tranche d'âge particulière. Et nous avons effectivement prévu d'intégrer la pratique préventive dans le domaine conventionnel.

Au début des négociations conventionnelles de 2023, l'expérimentation article 51 venait tout juste de rentrer en développement et d'inclure des patients et des praticiens.

Malheureusement, nous n'avons pas pu atteindre la phase opérationnelle complète, et surtout l'étude des résultats qui vont avec, avant de pouvoir passer à l'étape suivante, si je puis dire, qui était celle du dispositif de 2023.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Et en même temps, on sort de l'expérimentation pour aller vers une généralisation à tout le pays.

Dr Pierre Olivier DONNAT

Président des Chirurgiens-Dentistes de France (Les CDF)

Absolument !

Alors, on pourra toutefois regretter que cette expérimentation soit allée beaucoup plus loin que ne va aujourd'hui le dispositif conventionnel. Soyons très clairs !

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Vous nous le direz peut-être après.

Reparlons bien des ambitions de ce programme Madame Cazeneuve, pour ne pas perdre le fil. Marguerite CAZENEUVE, ambition de ce programme, Génération sans carie.

Mme Marguerite CAZENEUVE

Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)

Je l'ai exprimé plus tôt, notre ambition est que tous les jeunes de 3 -24 ans puisse bénéficier dès 2025 d'un examen bucco-dentaire annuel. M'T dents deviendra ainsi « M'T dents tous les ans ! ». Par ailleurs les chirurgiens-dentistes bénéficieront d'une revalorisation des soins conservateurs et préventifs pour cette jeune génération notamment sur l'EBD pour inciter à ce que les enfants soient vus tous les ans.

Et l'ambition profonde, et je pense que c'est là-dessus que nous avons réussi collectivement à nous mettre d'accord, c'est que si un enfant va chez le chirurgien-dentiste tous les ans, entre 3 et 24 ans, qu'on lui adresse des messages de promotion de la santé, qu'il a un examen de dépistage des caries, que le cas échéant, ses caries sont soignées, et que par ailleurs il peut avoir des actes conservateurs et préventifs, etc. nous savons que c'est toute une génération qui potentiellement pourra garder son capital dentaire toute sa vie.

Et l'ambition qui a été évoquée, qui n'est pas d'ordre conventionnel, est de pouvoir décaler chaque année cette génération sans carie.

Aujourd'hui c'est 3 à 24 ans, mais ensuite ce sera 1-25 ans... 26 ans, 27 ans et progressivement, l'ensemble de la population pourra bénéficier majoritairement de soins conservateurs pour que nous n'ayons plus recours à des soins prothétiques en France.

Comme vous l'avez dit, les soins prothétiques sont évidemment très lourds pour les patients, très chers pour la collectivité et par ailleurs, le Docteur EMERY l'a dit, ils sont très handicapants dans la vie de tous les jours ; c'est également un marqueur très fort des inégalités sociales de santé. Lorsque nous menons des actions de prévention, de santé publique, c'est justement pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Nous savons que la santé orale, c'est un des champs de la santé qui est le plus marqué par les inégalités sociales de santé.

En effet, 20 % des enfants concentrent 80 % des besoins de soins bucco-dentaires. Et on tient peut-être là une manière de réduire considérablement les inégalités sociales de santé, notamment en matière de santé orale, qui entraînent ensuite des inégalités sociales, notamment en matière d'accès à l'emploi, etc. C'est une ambition qui est une ambition de santé publique et en même temps une ambition sociale.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Et vous l'avez dit, Madame CAZENEUVE, cette démarche, ne pouvait pas être lancée, sans différents acteurs dont les complémentaires santé. Monsieur Marc LECLÈRE qui est président de l'UNOCAM va nous expliquer pourquoi vous avez dit banco vous aussi.

M. Marc LECLERE

Président de l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM)

Bonjour à toutes et à tous, merci à l'UFSBD de son invitation et de cette organisation. Peut-être rappeler en un mot que l'UNOCAM est la voix unique des organismes complémentaires santé dans les négociations avec les différents partenaires conventionnels.

Nous regroupons toutes les fédérations de complémentaires santé et représentons à travers elles tous les organismes complémentaires quels que soient leur forme juridique et leur gouvernance, y compris le Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace -Moselle.

On est en terrain conquis ici pour dire... et cela a déjà été beaucoup dit ce matin : la santé bucco-dentaire est un enjeu essentiel pour la santé publique tout court. Et peut-être c'est intéressant de rappeler que finalement, les complémentaires santé sont les premiers financeurs des soins dentaires en France.

Ce n'est pas forcément toujours connu mais je souhaitais le souligner. Donc oui, l'UNOCAM a décidé de signer la convention dentaire en 2023 et le premier avenant en 2024.

Cette signature traduit clairement la volonté de l'UNOCAM et à travers elle des organismes complémentaires santé, d'investir dans la prévention. Investir dans la prévention, c'est pour nous qui sommes des organismes assureurs, participer à la maîtrise du risque et c'est vraiment au cœur de notre rôle.

C'est d'ailleurs une des missions de l'UNOCAM, elle était inscrite dès l'origine dans les textes, lors de sa création, il y a vingt ans.

Dans le prolongement de ce qu'a dit Madame CAZENEUVE, il me paraît utile de rappeler ici comment cette convention est née et pourquoi elle porte une telle ambition en matière de prévention. Dans la concertation qu'on a eue en amont de cette convention entre financeurs, UNOCAM et UNOCAM, nous nous sommes assez facilement accordés sur le fait qu'après la réforme du 100 % santé qui était très orientée soins prothétiques, qu'il fallait « mettre le paquet » sur la prévention.

Il a été rappelé tout à l'heure quelques chiffres en matière de comparaison France - Allemagne.

Cela s'est imposé comme une évidence : il faut faire plus de préventif en espérant faire moins de curatif demain. Cet effort inédit en faveur de la prévention doit enfin permettre un rééquilibrage.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Et vous vous dites que vous êtes des financeurs passifs qui observent la suite des événements ? Ou un peu plus que ça ? Dans les questions, il y a un début de réponse.

M. Marc LECLERE

Président de l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM)

Non, bien sûr ! C'est notre volonté de nous s'inscrire dans ce programme, et c'est pour ça qu'on l'a signé. Je le dis avec un certain enthousiasme parce que je pense que c'est le bon exemple de ce que l'on peut faire quand on travaille de concert Assurance Maladie obligatoire, syndicats de professionnels de santé et représentants des organismes complémentaires.

On n'est pas seulement un financeur, on veut être un vrai partenaire, avec les autres partenaires conventionnels, pour porter ce programme. Co-porter, on aime bien ce terme de co-portage.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Et notamment en matière de communication peut-être, et de mobilisation de l'ensemble des adhérents des complémentaires santé.

M. Marc LECLERE

Président de l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM)

Oui absolument. Cet engagement se traduira par des actions d'information, de sensibilisation et de relance de nos assurés pour les inciter à réaliser cet examen de prévention mais aussi les soins complémentaires et consécutifs qui seront recommandés.

Notre objectif est bien d'augmenter le taux de recours à ce programme de prévention. Et quand on fait ensemble, on va plus loin, c'est notre pari.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Marguerite CAZENEUVE, pourquoi cette approche partenariale a-t-elle été déterminante ?

Mme Marguerite CAZENEUVE

Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)

En tout cas, elle l'est pour porter un programme d'une telle ambition sur la prévention. En fait, dans toutes les conventions que nous portons, dans tous les programmes que nous portons, il y a toujours un morceau de prévention.

L'Assurance maladie ne se réveille pas aujourd'hui en se disant « tiens, il faut faire de la prévention ». Mais c'est vrai que d'arriver à faire une convention exclusivement sur la prévention c'est-à-dire arriver à convaincre tous les partenaires de la nécessité de changer la manière de faire; c'était ambitieux, et honnêtement, nous pouvons le dire, a donné lieu à de vives discussions compte tenu des changements organisationnels, culturels, de financement, d'approche populationnelle, etc.

Et l'Assurance Maladie avec les OCAM sont les financeurs mais nous sommes aussi les acteurs de la protection sociale. Notre objectif est que chaque assuré, y compris le plus éloigné du soin, puisse bénéficier de ces soins bucco-dentaires. Nous suivons par ailleurs de près l'offre de soins à ce titre car nous savons que certains de nos concitoyens ont des difficultés pour trouver un rendez-vous pour leur enfant, etc.

Nous avons besoin d'aide pour porter cette ambition. Et je voudrais que nous arrivions à convaincre nos concitoyens, les enfants, les parents, qu'il faut aller chez le chirurgien-dentiste, que c'est essentiel pour la santé de leur enfant et pour leur avenir. Mais il faut derrière une mobilisation générale. Encore une fois, je remercie tous les acteurs dans la salle qui ont participé à ce programme d'une manière ou d'une autre.

Nous aurons besoin de la mobilisation de chaque acteur pour que cela marche : il faut que nous ayons une offre de soins, des chirurgiens-dentistes qui acceptent de jouer le jeu, l'UNOCAM qui participe avec nous sur le déploiement des programmes ; il faut que dans les écoles, nous puissions faire de l'Aller vers. Il faut que nous ayons des téléservices qui soient adaptés, des éditeurs de logiciels qui suivent ces évolutions, etc. Il faut que tous nos programmes soient validés scientifiquement, il faut que des chirurgiens-dentistes soient aussi formés sur cette prévention.

Par ailleurs, nous avons aussi inscrit, Loren PINON en reparlera, pour cette Génération sans carie des nouveaux actes, des actes innovants sur lesquels nous avons saisi la Haute Autorité de santé. C'est une ambition qui est vraiment multiple, qui est scientifique, qui est aussi sociologique, organisationnelle. Je suis vraiment très heureuse que pour la première fois, nous ayons réussi à signer à quatre cette convention dentaire. Je pense que c'est le signe de quelque chose.

Comme cela a été dit, c'est aussi le début, il y a du boulot. Pour le déployer, il va falloir qu'on s'y mette tous. Ce n'est pas que les quatre organisations qui sont ici représentées, ce sont tous les acteurs à la fois scientifiques, mais aussi l'Éducation nationale, l'UFSBD évidemment. Et puis il faut qu'on arrive à convaincre et à trouver les bons moyens pour que l'ensemble des enfants aient accès aux soins qui leur sont désormais ouverts et offerts.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Docteur Patrick SOLERA puis on entendra Pierre-Olivier DONNAT.
Comment allez-vous accompagner la profession ? Comment allez-vous accompagner les praticiens que vous représentez ?

Dr Patrick SOLERA

Président de la Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux (FSDL)

Déjà, pour accompagner la profession, il faudrait que les mesures qui ont été signées au niveau conventionnel s'appliquent en janvier, ce qui ne sera pas hélas le cas puisqu'il y a un report en avril, hélas, du programme M'T dents annuel.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

« Hélas » parce que vous étiez pressé, vous vouliez passer personnellement ?

Dr Patrick SOLERA

Président de la Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux (FSDL)

Mon syndicat n'était pas pressé puisque nous n'avons pas signé l'avenant 1 pour des raisons très simples. Les éditeurs de logiciels et l'Inter - AMC n'étaient pas prêts.

Dans les faits, cela s'est avéré une réalité ! On ne voulait pas mettre, si vous voulez, une mesure en place sans avoir les moyens de l'appliquer.

C'est donc pour cette raison qu'on n'a pas signé cet avenant 1. Aujourd'hui, on apprend que ce sera reporté en avril.

C'est déjà un petit couac dans la mise en place.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Mais cela laisse peut-être un peu de temps pour se préparer davantage.

Dr Patrick SOLERA

Président de la Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux (FSDL)

Oui, cela laisse un peu de temps.

Mme Marguerite CAZENEUVE

Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)

Un trimestre sur toute une génération, toute une vie, on va s'en remettre.

Dr Patrick SOLERA

Président de la Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux (FSDL)

C'est une revalorisation qui était prévue en janvier que nous n'aurons qu'en avril. Mais bon, c'est un point de détail.

Mais le plus important est le rôle des complémentaires santé dans cette mise en place, puisqu'on aura une participation en tiers payant par l'UNOCAM, et qu'auparavant on avait un payeur unique qui était l'AMO. Et c'était beaucoup plus facile pour les praticiens de mettre une carte vitale et d'avoir un paiement unique en une fois que de devoir courir après un remboursement des complémentaires santé.

On a eu des garanties de l'UNOCAM et de l'Inter – AMC pour que les praticiens, lorsqu'ils vérifient les droits des assurés lors de la visite de M'T dents annuelle, aient la certitude d'avoir un remboursement du tiers payant complémentaire santé.

C'est vrai qu'on reste assez dubitatif parce que l'Inter – AMC ne représente pas toutes les mutuelles, tous les assureurs et toutes les prévoyances.

On aura peut-être certains bugs au niveau de petites mutuelles, de petites prévoyances qui ne sont pas à jour, notamment en ce qui concerne les éditeurs de logiciels pour le paiement aux praticiens.

Tout cela va se mettre en place par des phases de test, c'est très bien de tester d'ailleurs avant. On aurait pu même commencer un peu avant janvier, ce qui aurait permis de commencer dès janvier le BBD (bilan bucco-dentaire).

La question qui se pose aujourd'hui est : Est-ce que tout le monde sera prêt au 1^{er} avril pour appliquer ce programme ambitieux ?

S'il y a des couacs et beaucoup de bugs, je crains que la profession ne se détourne de ces examens bucco-dentaires annuels. Il faudra vraiment être très vigilant.

Et notre rôle à nous syndicats, c'est justement de négocier, et on le fait actuellement avec les partenaires conventionnels, des méthodes très claires et très précises, avec des garanties de paiement; et qu'on ne soit pas comme les pharmaciens, à courir après le paiement de petites sommes, mais qui finalement font des sommes importantes en fin d'année dans le cabinet dentaire.

C'est notre principale préoccupation, accompagner les praticiens et surveiller que tout se passe dans de bonnes conditions.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Point de vigilance donc.

Docteur DONNAT, comment allez-vous faire ?

Vous aussi, vous vous dites peut-être qu'il ne faut pas se rater au départ, qu'il faut que cela marche d'emblée ?

Dr Pierre Olivier DONNAT
Président des Chirurgiens-Dentistes de France (Les CDF)

Oui, bien sûr.

Pour ma part, je ne regrette pas le report au 1^{er} avril. Le crash était assuré au 1^{er} janvier. Je vous l'affirme.

Nos éditeurs de logiciels n'étaient pas prêts.

La profession n'était pas prête non plus. On a l'habitude de grandes réformes. La CCAM, par exemple, a été un passage obligé pour nos éditeurs de logiciels, et c'est complexe.

Et on a vu le temps qu'il a fallu pour que ça se mette en route. Et il y a certains éditeurs qui ne s'en sont jamais remis. Cela a duré 12 à 18 mois.

Cette période extrêmement courte qui nous séparait du 1^{er} janvier nous laissait penser qu'on risquait l'accident industriel, avec le risque de décrédibiliser totalement le dispositif. Vous parliez tout à l'heure d'accompagnement de la profession, mais c'est aussi un accompagnement de nos patients dans ce domaine puisqu'il y a une mutation importante dans le caractère du co-portage du financement.

Effectivement, il y a des habitudes qui sont liées aux dispositifs EBD qui ne seront plus celles qui seront en vigueur au-delà du 1^{er} avril. Il faut donc faire un effort de pédagogie, un effort d'explication vers plus de lisibilité, vers la profession et vers nos patients.

Patrick SOLERA l'a rappelé.

Effectivement, il y a tout un tas de soucis majeurs qui n'ont pas été résolus à cette heure dans le dispositif qui était jusqu'à présent un système totalement universel.

N'importe quel assuré social allait chez son chirurgien-dentiste et point barre ! Il ne se préoccupait de rien !

Et désormais ce sera un peu plus compliqué.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

En termes de conviction, vous êtes convaincus, vous l'avez dit à plusieurs reprises.

Mais comment allez-vous transmettre cette conviction à vos adhérents ?

Vous leur dites quoi ?

Vous leur dites « allez-y, il ne faut pas se tromper, c'est un vrai virage ».

Dr Pierre Olivier DONNAT
Président des Chirurgiens-Dentistes de France (Les CDF)

Oui, bien entendu !

Mais je crois qu'ils en sont convaincus.

Le problème, c'est qu'effectivement, s'ils perçoivent tout un tas d'obstacles qui sont dressés dans l'application de ce dispositif, vous imaginez bien, qu'il y a un risque d'évitement.

On va le dire pudiquement comme cela.

Il est donc tout à fait indispensable, et c'est le rôle des partenaires conventionnels, de mettre tout en œuvre pour que, avant la date fatidique de la mise en place du dispositif, tout soit prévu.

Pour l'heure, je vous l'affirme, et je m'entends là-dessus avec Patrick SOLERA, nous sommes convaincus que les problèmes ne sont pas résolus.

Nous avons beaucoup de travail avant le 1^{er} avril 2025.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Ça tombe bien, il y a quatre mois de délai supplémentaire, quatre mois et demi. Merci.

Monsieur Marc LECLÈRE, comment envisagez-vous la transmission de l'importance de cette démarche en direction des adhérents des complémentaires ?

M. Marc LECLERE

Président de l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM)

Nous sommes conscients des enjeux autour de la mise en œuvre de ce programme, ce premier programme national de prévention co-financé AMO-AMC et co-porté avec les organismes complémentaires santé et nous sommes à l'écoute des partenaires et pleinement mobilisés pour être au rendez-vous.

Ce délai sera sans doute utile à tout le monde, en particulier sur le sujet du tiers-payant complémentaire (TPC), les discussions sont bien avancées mais encore en cours avec les éditeurs et la profession. Et nous voulons rassurer les chirurgiens-dentistes libéraux, nous sommes totalement mobilisés pour que cela avance et que cela marche.

Nous avons collectivement une obligation de résultat sur la mise en œuvre de ce premier programme de prévention. Je rappelle que grâce au tiers-payant, l'accès aux soins pour tous sans avance de frais sera garanti.

Au-delà du co-financement et du tiers-payant, nous accordons beaucoup d'importance au co-portage de ce programme par les organismes complémentaires santé. Il va se traduire par la mobilisation de nos adhérents et des organismes eux-mêmes. Ils auront pour rôle d'informer et de sensibiliser leurs assurés pour le succès de ce programme. C'est une dimension qui est importante.

Et l'intérêt du co-portage, c'est que nous avons nous aussi des canaux privilégiés de communication avec nos assurés et nous voulons être un relais fort et performant du succès de ce programme.

On va se fixer des objectifs volontaristes pour cela. On a commencé à en discuter avec les partenaires conventionnels. Il me semble intéressant que l'on suive ensemble les indicateurs et que l'on puisse voir quel est le succès de cette mise en place.

Je crois qu'on partage ce même rêve, que très vite le taux de recours soit en augmentation, et parce qu'on aura travaillé ensemble, ce rêve se réalise peut-être avant 10 ou 15 ans : l'amélioration de la santé bucco-dentaire des Français et la réduction in fine des soins prothétiques.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

À une époque où on s'interroge beaucoup sur l'évolution de certaines dépenses de santé, vous avez cela aussi en tête les complémentaires santé de dire « on investit mine de rien, on investit dans cette génération » ?

M. Marc LECLERE

Président de l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM)

Oui, à travers cette convention, les financeurs Assurance Maladie obligatoire et complémentaires santé ont fait le choix d'investir de façon importante dans la santé bucco-dentaire et d'accompagner la profession dans les transformations attendues et notamment le « virage » préventif.

Cet investissement, c'est aussi celui quelque part de nos assurés.

Et pour nous, investir vraiment dans le préventif pour qu'il y ait moins de curatif, c'est au bénéfice de tout le monde.

C'est une meilleure santé et peut-être demain des coûts humains, sociaux et financiers évités et donc une meilleure efficacité globale du système.



Participant par internet

Quelle est la position de la FSDL sur les modalités de tiers payant des BBD annuels à partir de 2025 ?

Dr Patrick SOLERA

Président de la Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux (FSDL)

Notre souhait aurait été bien évidemment d'avoir un payeur unique, qui ensuite s'arrange avec l'Inter - AMC pour être rémunéré. Je crois que Thomas FATÔME, qui avait été auditionné au Sénat, avait dit que cette méthode était possible, mais que c'était assez compliqué pour eux à mettre en place. Bien évidemment, cela demande des moyens techniques.

Et c'est vrai qu'à un moment où le temps médical devrait être la priorité pour tous les soignants, rajouter du temps administratif à chaque professionnel de santé que nous sommes ne nous paraît pas être dans la bonne voie.

On va fournir un effort parce que nous croyons en ce programme ambitieux de santé publique. Mais il faut vraiment que tout soit carré, et que cela fonctionne, car nos confrères et nos consœurs ne comprendraient pas qu'on ait signé une convention qui ne puisse pas s'appliquer de manière simple, et avec un paiement garanti par les complémentaires santé.

Et non pas ce que je vous ai dit tout à l'heure, de courir après, de demander à nos assistantes de faire un travail administratif qu'elles ne font pas aujourd'hui pour la plupart. Cette tâche-là ne doit pas devenir une tâche pénible pour les praticiens, mais aussi pour notre personnel salarié du cabinet.

Participant par internet

Avec la nouvelle convention, il y a de nouveaux actes pour soigner les personnes en situation de handicap.

Et cela crée une inégalité et une discrimination envers les usagers qui n'ont pas de prise en charge à 100 %. Et ces patients devraient donc payer plus cher pour les mêmes soins.

Est-ce qu'il est possible de réviser cela rapidement, alors que cette nouvelle codification partait d'une bonne intention ?

Dr Pierre Olivier DONNAT

Président des Chirurgiens-Dentistes de France (Les CDF)

Je crois comprendre, et c'est un sujet récurrent, qu'il s'agit du 4Y183 et 185, et surtout le 183. Alors là, pour les techniciens, les professionnels de la profession, c'est limpide, pour les autres beaucoup moins.

C'est un supplément qui vient effectivement s'ajouter à un acte, et qui majore cet acte d'un supplément de 100 ou 200 euros.

Le 4Y183, effectivement, pose un certain nombre de problèmes lorsqu'il ne s'agit pas d'un patient en ALD, et notamment aussi, on le suppose, de paramétrage de logiciels.

Effectivement certains logiciels télétransmettent, pourtant vous savez le 4Y ne peut être qu'associé qu'à un soin donc théoriquement on franchit la barrière des 120 euros, où il y a exonération du ticket modérateur, et pour autant ça ne s'applique pas tout le temps.

D'ailleurs, c'est très simple, il suffit de consulter les statistiques du SNDS (Système national des données de santé) où on trouve effectivement que le 4Y183 n'est remboursé qu'à 80 %, de la dépense donc il y a quelque chose qui se passe. 80 % ce n'est pas d'ailleurs 70 %.

Vous voyez, il y a un problème. Effectivement, on va s'atteler à ce que ce problème du 4Y183 touchant un public pour lequel on est particulièrement sensibilisé. Et effectivement c'est quelque chose qu'on a aussi beaucoup porté pendant la convention de 2018 et qui a fait ses preuves, je l'espère en tout cas.

Et dans la salle, je repère des visages qui sans doute pourront beaucoup plus efficacement que moi parler de ce sujet.

Mais pour autant, on est très fiers d'avoir porté cette amélioration de l'accès aux soins de ces patients en situation de handicap. Et il faut effectivement résoudre des problèmes techniques.

Là, il y a vraiment un souci, mais c'est un problème technique !

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Merci pour ce début de réponse.

Marguerite CAZENEUVE vous vouliez revenir vers de l'optimisme ?

Mme Marguerite CAZENEUVE

Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)

Oui, peut-être que ces échanges illustrent que nous avons eu parfois des discussions un peu fermes.

Mais chacun défend évidemment les intérêts de la profession, des patients, des assurés. C'est normal que tous les partenaires soient exigeants, et nous le serons également pour les assurés sociaux.

Mais c'est vrai qu'il faut qu'on se dise collectivement que là, on part à la conquête du Nouveau Monde de la prévention. Il faut collectivement qu'on se donne les moyens pour que tout se passe le mieux possible.

C'est énormément de travail. On a décalé d'un trimestre le lancement du programme, mais on a des équipes entières de l'Assurance maladie très mobilisés pour accompagner les éditeurs de logiciels. Nous avons également institué un système pour les patients qui n'ont pas de complémentaire santé, etc.

Et donc oui, quand on fait un virage préventif, ça demande un effort à chacun. Les assurés, ça va leur demander un effort. L'Assurance maladie, ça va lui demander un effort. L'UNOCAM ça va lui demander un effort. Et tous les partenaires, l'Éducation nationale, etc., on va tous devoir y mettre un peu de notre car notre objectif est très ambitieux. Et quand c'est ambitieux, forcément ça demande un peu de volontarisme, de mettre un peu de soi. Je pense qu'on est tous convaincus de pourquoi nous le faisons.

Et ce qui nous réunit ici, c'est l'intérêt des patients, l'intérêt des assurés sociaux et le fait que nous soyons demain un pays où la santé publique et la prévention prédominent, notamment en matière de santé orale. Je pense que tous les deux, vous avez été des défenseurs de cette santé publique et de cette prévention.

Évidemment, cela demande des changements organisationnels notamment de gros développements, pour les éditeurs. Mais on va y arriver !

Il faut pour y arriver que nous nous disions que nous allons collectivement réussir ce programme. C'est sûr que si nous nous disons toute la journée qu'il y a un bug et que du coup c'est une catastrophe et que nous ne pouvons pas y aller, cela n'aidera en rien. On l'a connue avec d'autres professions, sur d'autres grandes réformes d'ampleur.

Évidemment, il y a toujours un grain de poussière quelque part. Mais si on arrête toutes les réformes dès qu'un grain de poussière se présente, on ne s'en sort pas. On part à la conquête de la prévention. Il va y avoir peut-être un peu de tempêtes, un peu de vagues, etc., mais on tient bon, il faut y aller,

Il faut motiver les chirurgiens-dentistes, les patients, les assurés, les parents. Nous, on va faire notre boulot, et j'espère que tout le monde fera le sien. Mais je suis sûr que ce sera fait par nos partenaires conventionnels qui ont signé cette belle convention avec nous.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Et en tout cas, il y a du vent dans les voiles, un cap, et peut-être une boussole.

Un dernier mot, Docteur DONNAT, puis on entrera dans le détail de ce programme.

Dr Pierre Olivier DONNAT

Président des Chirurgiens-Dentistes de France (Les CDF)

Nous sommes dans un colloque de santé publique. Il y a quelque chose que je voudrais rappeler, parce que tout à l'heure, le Docteur Gregory EMERY, en propos introductif, nous parlait d'une feuille de route pour la santé orale. J'attends avec impatience cette feuille de route.

Mais vous voyez, dans ma Bourgogne natale, quand on choisit sa route, il vaut mieux savoir où on est. C'est un principe.

Vous savez, je suis très pragmatique. Et là, pour le coup, où en est-on en matière de santé orale en France ?

Il y a eu des chiffres qui ont été cités, fortement contestables d'ailleurs et contestés au niveau européen.

Nos collègues allemands sont les premiers à contester les chiffres qui ont été énoncés. Ils sont totalement faux.

C'est curieux, pour l'instant, on parle de choses qu'on ne connaît pas. Lorsqu'on cherche à savoir où on va, il vaut mieux savoir où on est. Et aujourd'hui, ce qui manque cruellement, et cela a été dit précédemment, ce sont des études non pas épidémiologiques mais socio-épidémiologiques.

Marguerite CAZENEUVE le rappelait, le gradient social caractérise la pathologie carieuse ou la pathologie en santé orale d'une façon générale.

Ce qui signifie que notre objectif, et j'en parle d'autant plus, que notre ami Patrick HESCOT qui est là dans la salle, est le porteur du dernier projet d'ambition en termes d'études socio-épidémiologiques en France. Et c'était au siècle dernier.

C'est quand même tout à fait malheureux que dans une situation de colloque de santé publique, en santé orale, on ne soit pas capable de dire l'état de santé des Français, et celui-ci en particulier.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

On entend votre plaidoyer pour la production de données.

Mme Marguerite CAZENEUVE

Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)

Un plaidoyer positif ! Positif et optimiste ! On va y arriver ! Ne regrettons rien ! Mettons en place des choses !

Dr Pierre Olivier DONNAT

Président des Chirurgiens-Dentistes de France (Les CDF)

On est en train de faire quelque chose, on commence à avoir un espoir.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Et la journée n'est pas finie.

Mme Marguerite CAZENEUVE

Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)

Espoir, conviction, action.

Focus sur les actions d'accompagnement en milieu scolaire

Dr Anne ABBÉ-DENIZOT

Chirurgien-Dentiste, Chargée de mission à l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)



Présentation du programme « Génération sans carie »

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Nous accueillons maintenant Madame Loren PINON et le Docteur Géraldine ROSET pour entrer dans le détail du programme Génération sans carie.

Mme Loren PINON

Coordinatrice technique santé à l'Assurance Maladie

Bonjour à tous, Loren PINON, je fais partie du Département prévention et promotion de la santé au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie. Nous allons vous présenter avec le Docteur Géraldine ROSET les actions concrètes de ce programme.

Ce programme a pour objectif de renforcer la prévention bucco-dentaire des jeunes avec l'objectif ambitieux de faire émerger de futures générations sans caries.

Cette ambition a été inscrite au sein de la Convention nationale des chirurgiens-dentistes. À la suite de la signature de la convention, nous avons engagé une vaste phase de concertation avec tous les acteurs du champ dentaire pour établir un programme d'actions concrètes adapté à la réalité des pratiques et aux besoins des patients.

Ces différentes concertations ont abouti à un programme d'actions décliné en trois volets :

- le premier volet vise à refondre l'examen bucco-dentaire en ville, avec l'objectif que cet examen soit modernisé, dématérialisé, annualisé et revalorisé pour un suivi bucco-dentaire annuel de ces jeunes générations.
- le deuxième volet vise à renforcer les actions de prévention bucco-dentaire dans les écoles pour promouvoir d'une part, l'importance de la santé orale auprès des jeunes enfants et d'autre part, le renforcement du dépistage des enfants les plus à risque, notamment dans les zones d'éducation prioritaire.
- le troisième volet vise à renforcer les actions d'aller-vers les jeunes les plus éloignés des soins dentaires en vue de permettre à ces jeunes de bénéficier eux aussi d'un suivi bucco-dentaire régulier.

Ce programme a été inscrit comme une mesure phare de la feuille de route du gouvernement sur la santé de l'enfant.

Nous allons préciser les différents volets :

- ❖ Le premier volet qui vise à refondre les examens bucco-dentaires en ville a quatre enjeux.
 - Le premier enjeu, assurer un suivi bucco-dentaire régulier et une éducation à la santé orale.
 - La première mesure, qui est déjà intervenue en 2024, vise à prolonger l'examen bucco-dentaire de la femme enceinte.
Cet examen était initialement proposé aux femmes enceintes de quatre mois de grossesse jusqu'à douze jours après l'accouchement. Nous avons collectivement décidé de prolonger cet examen jusqu'à six mois après l'accouchement pour permettre notamment de sensibiliser la jeune mère à la santé orale de son enfant.
 - La deuxième mesure est la mesure phare de ce programme. Les rendez-vous M'T dents, qui sont aujourd'hui proposés une fois tous les trois ans de 3 à 24 ans, vont être annualisés à partir d'avril 2025.
 - Deuxième enjeu, moderniser l'examen bucco-dentaire qui a été créé en 2006.
 - Première modernisation, le renforcement des messages de prévention dispensés lors de l'EBD, avec la mise en place d'un guide d'examen bucco-dentaire. Cet outil d'accompagnement sera mis à la disposition de la profession qui pourra retrouver tous les messages de prévention à dispenser, notamment par âge clé. Vous aurez la présentation de ce guide dès la fin novembre.
 - Deuxième mesure, la saisie des résultats de l'examen sera dématérialisée avec la mise en place d'un téléservice qui sera présent dans les logiciels métiers des chirurgiens-dentistes mais également sur Amelipro. Ce téléservice permettra la saisie des résultats mais également l'alimentation automatique du DMP (dossier médical partagé) du patient.
 - Enfin, troisième et dernière mesure, la modernisation de l'invitation M'T dents, qui aujourd'hui est uniquement sous format papier. Cette invitation sera annuelle.
Nous allons dématérialiser cette invitation sur la majorité des tranches d'âge mais nous garderons quand même quelques courriers papier pour les 3, 6, 12 et 18 ans.
Par ailleurs, pour faciliter le dispositif, nous allons supprimer le bon de prise en charge à partir d'avril 2025 pour les patients. Le chirurgien-dentiste pourra directement vérifier l'éligibilité du patient via le téléservice que nous avons créé.
 - Troisième enjeu, renforcer l'attractivité des examens bucco-dentaires en ville.
 - Première mesure, revalorisation de l'examen, avec plus dix euros (10 €) ajoutés à chaque code acte dès avril 2025.
 - Par ailleurs, une revalorisation des soins conservateurs est déjà effective pour les 3 – 24 ans depuis février 2024. Nous souhaitons l'étendre en termes de classes d'âge. Dès 2025, cette revalorisation des soins conservateurs de 30 % sera étendue aux 1 – 25 ans.
 - Enfin, l'examen bucco-dentaire et les soins associés seront cofinancés par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 60 %, et par l'Assurance maladie complémentaire à hauteur de 40 %.

En lien avec ce changement de prise en charge, nous allons mettre en place dans les logiciels métiers des chirurgiens-dentistes, un outil de facilitation du tiers payant qui permettra de vérifier en temps réel la validité de la complémentaire santé du patient, d'avoir cette garantie de paiement et de faciliter ce tiers payant.

À noter, et c'était un point de vigilance ce matin, que le sujet des assurés sans complémentaire santé a évidemment été pris en compte. Nous passerons des consignes de facturation spécifiques pour que dans ce cas, l'examen bucco-dentaire et les soins associés puissent être facturés à 100 % par l'Assurance maladie obligatoire. L'objectif étant de permettre de conserver dans tous les cas la dispense d'avance de frais du patient sur ces actes.

- Et quatrième enjeu, actualiser les données sur la santé orale puisque, comme le signalait le Docteur DONNAT, les dernières données nationales dont nous disposons datent de 2006 ; ce qui n'était évidemment pas satisfaisant avec la mise en place de ce programme. Ce point d'attention est revenu assez largement dans le cadre des concertations préalables sur le programme. Nous avons le souhait de lancer en septembre 2025 une enquête pour recueillir des indicateurs de santé orale récents sur les jeunes assurés. Une enquête sera menée à ce titre dans les écoles.

❖ Le volet numéro deux vise à renforcer les actions de prévention dans les écoles.

- Comme vous avez pu le voir dans la vidéo qui a été passée juste avant, des actions de sensibilisation et de dépistage sont réalisées dans les écoles sur la santé orale. Ces actions sont principalement réalisées dans des zones à faible recours aux soins dentaires, dans les zones d'éducation prioritaire.

Nous avons la volonté que ces actions, qui sont principalement réalisées aujourd'hui en CP, soient réorientées sur les grandes sections de maternelle. Nous avons la volonté d'agir, de sensibiliser et de dépister au plus tôt. Nous souhaitons également renforcer le nombre d'enfants bénéficiaires de ces actions.

- En dehors des zones d'éducation prioritaire et des zones à faible recours aux soins dentaires, nous avons la volonté de sensibiliser tous les enfants de grande section de maternelle à l'importance de cette santé orale et aux bons gestes à adopter dès le départ. Nous travaillons avec l'Éducation nationale pour pouvoir mettre à la disposition des enseignants des ressources pédagogiques sur ce sujet, en appui des enseignements existant déjà sur la tranche d'âge des grandes sections de maternelle. À cet âge, l'enseignant aborde le corps humain et l'hygiène.

❖ Le volet 3 concerne le renforcement des actions d'aller vers les enfants que nous ne voyons pas forcément dans les rendez-vous M'T dents c'est-à-dire les enfants les plus éloignés des soins dentaires.

Nous souhaitons mettre en place à ce titre trois actions concrètes :

- Première action, collaborer avec les associations et les structures qui travaillent au plus près des plus précaires pour les sensibiliser à ce sujet, leur permettre de relayer des messages de prévention et distribuer des kits d'hygiène bucco-dentaire – sachant que le brossage des dents est la meilleure barrière à l'apparition des affections bucco-dentaires.

- Deuxième action, cibler les enfants de 5 – 6 ans qui ne vont jamais chez le chirurgien-dentiste en vue de sensibiliser leurs familles à l'importance de ce suivi dentaire, et de les accompagner si besoin à la prise de rendez-vous – actions qui seront mises en place en décembre 2025.
- Par ailleurs, ce sujet a été également évoqué dans le cadre de la table ronde, nous souhaitons renforcer les actions de prévention bucco-dentaire à destination des patients en situation de handicap qui ont de forts besoins en santé orale et un accès inégal à ces soins sur le territoire. Nous allons mettre en place dès 2025 une expérimentation sur le sujet. Nous avons déjà ciblé dix établissements volontaires pour pouvoir bénéficier de ces actions.

Je vais passer la parole à Géraldine ROSET pour la suite.

Dr Géraldine ROSET *Chirurgien-dentiste Conseil à l'Assurance Maladie*

Bonjour à tous, je suis extrêmement contente de participer à ce colloque aujourd'hui, de l'avoir co-organisé avec l'UFSBD, et du travail que je mène avec l'Assurance maladie pour porter la prévention.

Je vais rentrer un peu dans les détails. Loren PINON vous a dit déjà beaucoup de choses.

Demain qu'est-ce qui va changer pour vous ? Cinq messages à vous partager.

- ❖ Le premier message concerne le M'T dents tous les ans. Il y a plein de choses qui vont demain changer dans votre cabinet. Je vais très rapidement les développer mais vous aurez une animation tout à l'heure qui vous expliquera tout cela dans les détails.
- Premièrement, il n'y a plus d'invitation sauf pour les 4 tranches d'âge suivantes : 3, 6, 12 et 18 ans : *
 - à 3 ans, les enfants entrent dans le dispositif,
 - à 6 ans, les dents permanentes arrivent,
 - à 12 ans en lien avec les besoins en orthodontie
 - et les 18 ans, avant qu'ils quittent le domicile des parents les invitant à créer leur compte ameli permettant de recevoir les prochaines invitations M'T dents dématérialisées.

Il n'y a plus de bons de prise en charge.

Vous n'avez plus à vous demander si l'enfant peut bénéficier ou pas d'un examen bucco-dentaire. Vous pouvez regarder dans le téléservice EBD s'il en a eu un ou pas dans l'année civile. Et s'il n'en a pas eu, vous pouvez réaliser un EBD et donner les conseils nécessaires à votre patient.

- Deuxièmement, après la réalisation de l'examen, vous allez saisir toutes les données. Tout ce que vous écriviez auparavant sur papier, vous allez le saisir dans votre logiciel ou dans le téléservice EBD d'Amelipro.

Ces données seront transférées dans le DMP du patient et en parallèle dans une base de données de l'Assurance maladie. Cela veut dire qu'à partir de 2025, tout ce que vous allez saisir, nous allons l'utiliser.

On va également renforcer les messages de prévention. Loren PINON en a parlé. Et le président du Conseil National Professionnel des chirurgiens-dentistes en parlera également tout à l'heure parce que c'est un travail qui a été confié au CNP-CD. Et vous aurez la possibilité, c'est une nouveauté de l'avenant 1, de facturer deux actes le même jour que l'EBD à condition que ces actes soient un détartrage et la pose de vernis fluoré.

- Troisièmement, la facturation est revalorisée de plus dix euros (10 €). Il y aura de nouveaux codes applicables à partir du 1^{er} avril 2025 avec un co-financement AMO-AMC.
- ❖ Le deuxième message concerne davantage la Génération sans carie. Cette génération s'adresse actuellement aux 3 – 24 ans. Dès le 1^{er} février 2025, nous élargirons aux 1 – 25 ans, en 2026 aux 1 – 26 ans, 2027 aux 1 – 27 ans et cela jusqu'en 2028, fin de la convention. En revanche, contrairement à Génération sans carie, M'T dents 3 – 24 ans ne bouge pas.

De quoi bénéficie la Génération sans carie ?

- D'une part, de soins conservateurs qui sont revalorisés (plus 30 % avec un code N que vous utilisez déjà). Quels sont les actes concernés ? l'endodontie, toutes les restaurations coronaires foulées.
Vous avez toujours le code N quand les soins sont faits sur des dents permanentes pour les moins de 13 ans, dans ces situations le code N se cumule au code 9. Je donne des détails techniques mais je pense que c'est utile. Souvent vous ne le voyez pas parce que votre logiciel le fait automatiquement. C'est totalement transparent, et la facturation sort avec ces codes-là.
- D'autre part, de la prise en charge de la pose de vernis fluoré pour les patients à risque carieux élevé. Pour les scellements de sillons, ils sont toujours sur les mêmes règles de prise en charge : les premières et deuxième molaires, l'enfant à facteur de risque élevé et sur les moins de 16 ans.
- De nouveaux actes viendront s'ajouter à l'arsenal thérapeutique de cette génération. Nous avons saisi la Haute Autorité de santé pour avoir des recommandations sur un certain nombre d'actes (scellement thérapeutique, FDA, ART, couronne pédodontique, mainteneur d'espace, pulpotomie sur dent permanente). Dès que nous aurons ces avis, nous pourrons ensuite travailler pour intégrer ces soins dans l'arsenal thérapeutique de Génération sans carie.
- ❖ Le troisième message concerne le taux de recours des enfants. C'est quelque chose que vous connaissez bien. On englobe tous les recours c'est-à-dire les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes. C'est pour cela aussi que vous voyez un petit décollage sur les tranches d'âge qui peuvent être concernées par l'orthodontie. On a de belles courbes de l'ORS (Observatoire Régional de la Santé) sur le recours qui augmente effectivement à ces âges-là.

Il faut vraiment que l'on continue de suivre ce recours et qu'on aille analyser plus finement toutes les données que vous allez saisir.

- ❖ Le quatrième message concerne cette fois le profil des chirurgiens-dentistes impliqués en prévention. Quels sont les profils de chirurgiens-dentistes qui effectuent des examens bucco-dentaires ? Il n'y a pas tellement de surprise parce que c'est finalement un peu le reflet de la population des chirurgiens-dentistes. Il y a plus d'hommes qui font des EBD actuellement que de femmes. Quand on regarde les tranches d'âge, ceux qui font davantage d'examens bucco-dentaires, ce sont les 30 – 45 ans et les 46 – 64 ans.
- ❖ Et le cinquième message concerne les chirurgiens-dentistes qui pratiquent l'EBD en France. On a remarqué une disparité entre les régions sur le recours aux soins prophylactiques (détartrages, vernis fluoré, scellements de sillon). Il faut que l'on continue d'accompagner les pratiques pour poursuivre notre ambition de Génération sans carie.

Examens bucco-dentaires : ce qui change à compter d'avril 2025

Source : ameli.fr | Chirurgien-dentiste



Focus sur les outils pour accompagner les pratiques

Dr Jacques WEMAERE

Président du Conseil National Professionnel Chirurgien-Dentiste (CNP-CD)



Génération sans carie : en faire une réalité collectivement (Table Ronde)

Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes (ONCD)

Dr Alain DURAND, Président de l'ONCD

Syndicats représentatifs des chirurgiens-dentistes

Dr Pierre Olivier DONNAT, Président des CDF / Dr Patrick SOLERA, Président de la FSDL

Conférence des Doyens

Pr Vianney DESCROIX

Président de la Conférence des Doyens

Société Française d'Odontologie Pédiatrique (SFOP)

Dr Patrick ROUAS, Président de la SFOP

Société Française d'Orthopédie Dento Faciale (SFODF)

Pr Michel LEGALL, Président de la SFODF

Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

Dr Benoît PERRIER, Président de l'UFSBD

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

On a un nouveau temps d'échange à vous proposer avec le Docteur Pierre-Olivier DONNAT et le Docteur Patrick SOLERA pour la parole des syndicats, le Professeur Vianney DESCROIX, président de la Conférence des doyens, le Docteur Alain DURAND pour le Conseil national de l'ordre, le Docteur Benoît PERRIER, président de l'UFSBD, le Docteur Patrick ROUAS, président de la Société française d'odontologie pédiatrique (SFOP) et enfin le Professeur Michel LE GALL, président de la Société française d'orthopédie dento-faciale (SFODF). Merci à tous d'être ici.

On va revenir, Docteur Alain DURAND, sur cette Génération sans carie.

Pour que cela fonctionne, il faut que les praticiens accueillent dans leurs cabinets de jeunes patients. On entend dire parfois que des praticiens sont un peu réticents.

Comment voyez-vous les choses ?

Dr Alain DURAND

Président du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes (ONCD)

Vous dites « accueil ». Le problème, c'est que certains praticiens ne les accueillent pas, ils refusent de les prendre.

Pourquoi ? Parce que cela demande du temps, du temps médical. Il faut prendre en charge psychologiquement le patient, prendre en charge les parents, souvent aussi leur expliquer un peu comment cela va se passer.

Et certains refusent de le faire parce que ce n'est pas assez lucratif, ce qui est très dérangeant sur le principe de santé publique.

On a aussi un problème important avec des inscriptions en ligne sur des plateformes très connues, que je ne citerai pas, et sur lesquelles les praticiens ciblent leur patientèle en disant « moi, je n'accepte pas les patients en dessous de 11 ans, de 15 ans ou de 18 ans ».

Je le concevrais si on était une spécialité de gériatrie, mais là ce n'est pas possible.

Des praticiens qui sont considérés comme des généralistes ne doivent pas refuser un patient. Ce refus est discriminant, et on incite vraiment à ce moment-là les personnes à porter plainte auprès du Conseil de l'ordre pour refus discriminatoire.

On ne veut pas que soit exclue toute une frange de la population. C'est une visée à court terme de la santé publique.

Ces praticiens ne vont faire que du soin conservateur au détriment du soin préventif alors qu'on se bat pour la prévention.

Et c'est pour cela qu'on est venu soutenir l'UFSBD.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Et du côté des syndicats ?

Docteur Patrick SOLERA, qu'est-ce que vous dites à vos adhérents ?

Vous leur dites « Jouez le jeu, allez-y ! Même si cela n'est pas dans vos habitudes, il faut prendre en charge ces jeunes patients ».

Dr Patrick SOLERA

Président de la Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL)

Notre rôle est de soigner tous les patients. On est dans l'obligation de recevoir ces jeunes patients. Aujourd'hui, beaucoup de cabinets, même dans des zones non prioritaires dites surdotées, sont aussi bien chargés en patients. Il va falloir ajouter cette patientèle à notre patientèle de file active.

Et l'assistant dentaire qualifié de niveau 2 aurait permis justement d'avancer dans ce dossier et permettre aux cabinets d'avoir un fauteuil dédié à cela et d'avoir pleinement une action positive en ce sens.

Mais vous savez qu'avec tout ce qu'il y a eu comme remaniement au niveau ministériel ces derniers temps, ce dossier est actuellement un petit peu à l'arrêt. Et c'est vrai que c'est compliqué d'envisager une activité de praticien avec Génération sans carie sans avoir l'aide opérationnelle d'un assistant dentaire qualifiée de niveau 2. Aussi, on est impatient de concrétiser ce projet qui date maintenant depuis plus de 10 ans.

Après, il y a le problème de comment faire venir ces patients-là dans nos cabinets puisqu'on ne va pas se mentir, 40 % du programme M'T dents, ce sont des patients que nous voyons habituellement puisque les parents se font déjà soigner au cabinet. Le but est de faire venir les 60 % restants dans nos cabinets, entre guillemets les plus défavorisés, puisque beaucoup sont dans des milieux sociaux défavorisés.

Et là, il existe 3 freins majeurs que nous pouvons réinterroger :

- Est-ce un manque d'information ?
- Est-ce réellement les facteurs socioéconomiques qui compliquent l'accès aux soins de premier recours ?
- Est-ce un manque de motivation du patient et des parents ?

Il faudrait aborder ces trois aspects un jour ou l'autre de manière très constructive. Faire peut-être des enquêtes auprès des parents et des enfants sur les raisons qui les poussent à ne pas venir dans nos cabinets, justement dans le cadre de M'T dents. Ce programme est une sorte d'outil, de coup de pouce incitatif, sans contrainte financière. On appelle cela un *nudge* en anglais.

Cependant, cela n'est pas aujourd'hui suffisant. Il faut en même temps avoir une politique de santé bucco-dentaire beaucoup plus incitative, beaucoup plus responsabilisante. Et le marketing social, qui doit s'adresser aux patients qui ne viennent pas, doit être efficace, vraiment aller vers ce public.

Précisément, on doit aller dans les écoles. Les professeurs de SVT doivent donner des cours sur la santé bucco-dentaire et les infirmières scolaires doivent également participer à cette promotion. Tout le monde doit y participer, ce ne sont pas uniquement les chirurgiens-dentistes ou les assistants dentaires.

D'ailleurs, les acteurs peuvent être aussi des responsables dans les clubs sportifs, dans les associations de quartier. Il faut avoir un discours, organiser des ateliers dans ces associations pour justement responsabiliser les parents de ces enfants qui ne viennent pas.

Il y a vraiment un programme énorme à mettre en place pour aboutir à quelque chose qu'on appelle la littératie c'est-à-dire que chaque individu analyse concrètement et fasse en sorte d'être motivé pour prendre soin de sa santé bucco-dentaire et orale.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Professeur Vianney DESCROIX, comment cela se passe-t-il dans les facultés dentaires ? Est-ce qu'on peut sensibiliser, former, insister davantage auprès des étudiants à cet enjeu de prendre en soin les plus jeunes ?

Pr Vianney DESCROIX

Président de la Conférence des Doyens

Cela se fait depuis très longtemps. Je pense que tous les chirurgiens-dentistes qui sont ici ont été formés à l'odontologie pédiatrique et à la prévention.

Il n'y a pas de doute là-dessus : il n'y a pas d'étudiants, en tout cas pour tous ceux formés sur le sol français, dans une UFR française, qui n'aient pas eu pendant son cursus, soit en 1^{er} cycle, et encore plus certainement en 2^e cycle, lorsqu'ils étaient confrontés à la clinique, à soigner des enfants c'est-à-dire à la fois des enfants qui ne présentent pas de pathologies particulières et d'autres qui sont porteurs de handicaps.

Sur les 21 facultés de chirurgie dentaire en France, 100 % de nos étudiants sortent avec une formation très médicale en odontologie pédiatrique.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Mais est-ce qu'on peut aller plus loin ?

C'est peut-être un travail un peu différent d'accueillir un jeune, ses parents, etc.

Pr Vianney DESCROIX

Président de la Conférence des Doyens

Alors oui, on peut aller plus loin. C'est l'ambition des réformes sur lesquelles nous travaillons actuellement de repenser des programmes pédagogiques modernisés, du XXI^e siècle, et pas du siècle précédent, même si les siècles précédents ont été très intéressants.

Effectivement, un des enjeux majeurs de la réforme des études dans laquelle nous nous sommes lancés aujourd'hui est de repenser la formation initiale de 1^{er} comme de 2^e cycle de nos étudiants, avec une approche beaucoup plus médicale.

Patrick SOLERA l'a dit ainsi que le président du Conseil national de l'ordre aussi, la prise en soin des enfants est complexe.

Aujourd'hui, on a de nouvelles méthodes pédagogiques et d'approches psycho comportementales de l'enfant qui sont prises en compte largement par les universités.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Je voudrais qu'on entende le Docteur Patrick ROUAS. Comment cette nouvelle dynamique, dont on parle depuis ce matin, rejaillit-elle sur les chirurgiens-dentistes à exercice pédiatriques spécifiques ? Comment voyez-vous les choses ?

Dr Patrick ROUAS

Président de la Société française d'odontologie pédiatrique (SFOP)

Comme on l'a dit précédemment, il faut que les patients puissent venir et accéder à nos cabinets. C'est un point qui est extrêmement important.

Ensuite, au niveau des praticiens, il faut qu'il y ait une image dynamique et positive, comme le disait Madame Cazeneuve, et qui montre que nous sommes heureux d'accueillir les enfants, de les prendre en charge et de les suivre.

Aujourd'hui, quand on arrive à toucher ces jeunes patients, qu'ils consultent dans nos cabinets dentaires, l'image qu'ils en avaient avant d'y entrer se modifie.

En fin de compte, ils sont souvent contents et ont envie de poursuivre l'aventure. Et je pense que c'est un point qui est extrêmement important.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Et on peut en faire des ambassadeurs peut-être, c'est ce que vous dites.

Dr Patrick ROUAS

Président de la Société française d'odontologie pédiatrique (SFOP)

Effectivement, ils vont en discuter à l'école et diffuser une image positive de cette visite chez le chirurgien-dentiste.

Aussi, toutes les personnes qui travaillent en Odontologie pédiatrique ont l'habitude de valoriser les efforts de l'enfant au niveau des soins, de lui donner un petit cadeau, etc.

Il y a pas mal de choses qui entrent en ligne de compte dans la prise en charge de l'enfant outre le fait qu'il repart avec moins de problèmes, un sourire amélioré s'il y avait des problèmes à ce niveau-là, etc.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Est-ce qu'il faut être forcément spécialisé en pédiatrie pour gérer ce défi qui est devant nous ?

Dr Patrick ROUAS

Président de la Société française d'odontologie pédiatrique (SFOP)

On s'est battu et on a monté des dossiers pour demander effectivement que l'Odontologie pédiatrique soit reconnue comme une spécialité.

Il faut savoir qu'aujourd'hui, il y a un nombre croissant d'Odontologues pédiatriques qui prennent en charge exclusivement les enfants. Il y en a dans la salle.

Ce n'est pas mon cas. Je suis omnipraticien à forte tendance pédiatrique, même si j'ai de nombreux collaborateurs pédiatres ou chirurgiens-dentistes. C'est un abord différent.

Mais les deux doivent travailler de concert. L'omnipraticien « pur » doit aussi recevoir les enfants.

Les messages clés, que je veux faire passer, sont les suivants :

- Mettre en place un diagnostic très précoce c'est-à-dire recevoir les enfants relativement tôt,
- Faire de la prévention (conseils, et thérapeutiques préventives professionnelles)
- Et effectuer une prise en charge la moins invasive possible lorsqu'il y a des problèmes.

Entre deux consultations, on a de la reminéralisation.

On a des prises en charge qui sont non invasives, comme pour la maladie carieuse par exemple, ou d'autres pathologies. Ce sont vraiment des choses qui sont à mettre en place. Le diagnostic précoce est essentiel. Cela implique des visites régulières.

Alors forcément, nous sommes très heureux d'avoir des examens bucco-dentaires qui vont devenir annuels.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Professeur LE GALL, comment voyez-vous les choses ? Vous êtes d'accord avec ce qu'on vient d'entendre.

Pr Michel LEGALL

Président de la Société française d'orthopédie dento-faciale (SFODF)

Heureusement, bien évidemment.

En tant que spécialiste en orthodontie, j'ai deux casquettes : celle-ci et celle de Chef de service en Orthopédie dento-faciale et en Odontologie Pédiatrique.

On a la chance, nous dans le monde orthodontique, de voir les enfants et de les suivre pendant un laps de temps que personne n'a la possibilité de le faire.

Vous [les chirurgiens-dentistes], vous faites des soins spécifiques, mais parfois vos patients disparaissent des radars. Nous, on a la chance de les suivre et de les voir à différentes périodes de leur vie, pas forcément pour les traiter, mais dans cette notion d'interception et en fonction des âges dentaires, ce qui fait que nous sommes les premiers déclencheurs d'alerte en cas de problème carieux. Et c'est le rôle de l'orthodontiste d'alerter les parents sur ces problèmes et de les orienter.

En milieu hospitalier, on n'a pas attendu des consignes extérieures pour orienter les patients et pour qu'ils puissent adopter un comportement adapté. C'est la volonté de chacun dans les services. Venez à Marseille, vous verrez que tout en soutenant le volet psychosocial, pour tout ce qui est l'encadrement des parents, l'information est donnée.

Ce n'est qu'une volonté locale. Il ne faut pas attendre que les politiques donnent des lettres de mission, c'est déjà fait localement, et y compris dans les cabinets.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Où commence l'omnipraticien et où cela finit-il quand on parle d'orthodontie ? On parle de formation à l'orthodontie express.

Pr Michel LEGALL

Président de la Société française d'orthopédie dento-faciale (SFODF)

Vous avez exactement dit le mot. Je ne pense qu'aux spécialistes. Je suis désolé de le dire. J'encadre des internes, donc je ne vois qu'au travers de cette filière-là.

Les pouvoirs publics ne donnent pas les moyens pour avoir plus de spécialistes. Aussi, cela passe par des commissions de qualification. Nous avons ici le président de l'Ordre et des commissions de qualification qui donne des avis qui ne sont pas forcément suivis par le conseil de l'Ordre, et parfois on aimerait savoir pourquoi cela n'a pas été suivi. On a quand même des personnes assez compétentes qui donnent ces avis-là.

Vous avez aussi de multiples formations privées qui sont des formations théoriques, sans véritablement de suivi de cas concrets au sens clinique.

Et enfin, vous avez un outil qui est soi-disant miraculeux, qui arrive sur le marché, qui donne une sensation d'abord facile : la gouttière invisible ou pseudo invisible.

Cet outil, qui semble tellement miraculeux et à la portée de tout le monde, est un danger parce qu'automatiquement, la notion initiale de diagnostic n'est pas prise en charge, qu'il y a un manque fondamental de formation initiale et d'outils adaptés – il n'y a pas qu'un seul outil pour traiter un enfant, et je vous le montrerai cet après-midi.

Ce n'est pas possible de l'envisager sous cet angle-là.

Le message de santé publique est que contrairement à ce qu'on pourrait croire, ce n'est pas une prise en charge précoce qui va nous donner automatiquement une génération sans besoin de traitement orthodontique tardif. C'est une erreur que de le penser comme cela. Il y a véritablement des soins qui sont abusifs dans le monde global de l'orthodontie qu'il faut aussi révéler et souligner.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

L'omnipraticien a tout son rôle à jouer pour détecter et pour amorcer un parcours. Mais il faut aussi savoir laisser la main à un moment, Docteur DONNAT.

Dr Pierre Olivier DONNAT

Président des Chirurgiens-dentistes de France (CDF)

Bien entendu, on parle d'en faire une réalité collectivement. J'aurais envie de transformer l'adverbe en substantif réalité collective. Réalité, pour le praticien, on l'a dit avec tout le parcours de soins, mais pour les patients aussi.

Et là, on a un besoin de cohérence.

Tout à l'heure, on évoquait cette classe d'âge particulière des jeunes adultes. En ce moment, lorsque vous ouvrez la télévision, vous voyez un spot publicitaire sur « Mon bilan prévention ».

Excellente initiative !

Et ce bilan « pour acheter de la vie » concernera évidemment une partie de la population de la génération sans carie, notamment les 18 – 24 ans et les parents qui vont nous amener leur enfant, et on le souhaite, le plus largement possible, pour pratiquer cet EBD.

On rappelle que ce bilan de prévention est totalement gratuit dans toute circonstance puisqu'il est 100 % remboursé par l'Assurance maladie obligatoire. Tout de suite, on observe qu'on a un premier frein : « je ne comprends pas. J'ai fait mon bilan prévention chez mon médecin, et pourquoi chez le chirurgien-dentiste, je vais devoir donner ma carte de mutuelle. »

Vous voyez, cela se complique déjà. Ce besoin de cohérence générale fait référence à cette réalité collective que nous devons assumer.

Alors je ne dis pas que c'est impossible, on peut y arriver. Mais vous aurez compris qu'il y a aujourd'hui beaucoup d'obstacles qui nous séparent de cette réalité collective.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Et comment fait-on dans ce contexte de démographie tendue ? Qu'est-ce que vous dites aux praticiens sur le terrain qui sont déjà bien occupés ?

Dr Pierre Olivier DONNAT
Président des Chirurgiens-dentistes de France (CDF)

Alors il est clair que dans certaines zones de très fortes tensions démographiques, qui ne sont d'ailleurs pas seulement en milieu rural, mais aussi en périurbain voire en urbain, et même si on ne raisonnera jamais en termes de densité professionnelle, il y a effectivement des zones particulièrement sous dotées pour lesquelles on a mis en place, notamment au niveau conventionnel, des outils veillant à rééquilibrer un peu la situation. Je ne dis pas que les choses, là aussi, iront demain matin beaucoup mieux, cela s'inscrit sur une durée longue.

Mais au moins, de ce point de vue, les choses sont faites pour essayer de rééquilibrer la répartition des professionnels.

Pour ce qui est de la suractivité entre guillemets constatés, cela n'inclut pas nécessairement de devoir rejeter une partie de la population qui souhaiterait nous consulter. Là, je rejoins totalement l'avis du président du Conseil national de l'ordre.

Nos jeunes patients méritent la même place que leurs parents et leurs grands-parents dans nos cabinets dentaires.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Monsieur le Président de l'UFSBD, Docteur Benoît PERRIER, on l'a dit un peu ce matin, il y a des actes préventifs qu'on peut faire, des actes cliniques peu invasifs. Mais certains praticiens, peut-être les jeunes praticiens, sont réticents à les exercer. Je crois que c'est ce que vous avez constaté.

Dr Benoît PERRIER
Président de l'UFSBD

On a effectivement ces actes préventifs qui ne sont pas nouveaux. Certains sont arrivés il y a déjà quelques années. Les scellements de sillons sont des actes assez anciens, par exemple. On voit qu'il y a eu du mal à se les approprier au quotidien, à se projeter vis-à-vis du risque carieux individuel, qui est quand même à évaluer systématiquement dans le cas des examens bucco-dentaires.

Il y a des grilles de la HAS qui sont très bien faites. Pour une fois, c'est très simple et clair. Mais souvent, il y a un problème du passage à l'acte, et de confiance en soi. On voit qu'il y a presque un stress, même chez les jeunes.

On a fait des focus groups chez des jeunes : ils ont un stress sur les actes de prévention, ils ont de temps en temps peur de faire mal en faisant ces actes, de mal les maîtriser. Il y a une question d'expérience, de montée en expérience qui est importante, mais cela nécessite effectivement des accompagnants.

Chez les jeunes, il y a le stress, mais chez les praticiens seniors, à partir des données analysées par l'Assurance maladie, il y a des profils qui les pratiquent de manière très régulière et d'autres qui ne les ont pas inclus dans leur pratique.

On peut se poser la question suivante : est-ce que ce praticien, qui est souvent seul dans son cabinet, sort peu de son cabinet ?

De la même manière qu'il faut aller chercher les patients, il faut aussi aller chercher les praticiens pour les accompagner dans les évolutions, dans la formation continue. Ce ne sont pas des actes en plus qui sont stressants.

Ils sont assez faciles à mettre en œuvre. Aussi, je ne pense pas que c'est un biais technique, mais plutôt un biais culturel à travailler à l'université, mais aussi dans la formation continue.

On a à faire progresser ces pratiques-là.

Quand on voit les données du SNDS (Système national des données de santé), on voit que ce n'est pas évident dans le quotidien de la plupart des cabinets.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Et à l'université, comment cela se passe-t-il, Professeur DESCROIX ? Est-ce que vous sensibilisez les étudiants à des actualités nouvelles ou y a-t-il une forme d'inertie ?

Pr Vianney DESCROIX

Président de la Conférence des Doyens

L'université porte le projet d'une médecine fondée sur les preuves. Aussi, il y a nécessairement dans nos maquettes de formation des remises à jour systématiques dans lesquelles les nouveautés sont nécessairement incluses.

Et ce que dit Benoît PERRIER est intéressant, on l'a bien vu avec le CNP de chirurgie dentaire, le travail est collégial. Il y avait la Société française d'odontologie pédiatrique, la présidente du Collège d'odontologie pédiatrique ainsi que des universitaires qui enseignent et qui sont là aussi pour faire avancer les maquettes pédagogiques.

Sans doute que les jeunes générations de praticiens n'ont peut-être pas toujours accès à tous les actes ou à toutes les pratiques. Pour autant, c'est enseigné au sein des UFR.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Docteur DURAND, un petit mot puis nous retrouverons Michel LE GALL.

Dr Alain DURAND

Président du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes

Je voulais juste intervenir sur une chose. Sortent des facultés françaises à peu près 1200 praticiens, je veux dire, qui s'inscrivent [à l'Ordre], pas que des universités françaises, mais principalement de la France.

À ce nombre, s'ajoute 1300 personnes qui arrivent actuellement, qui s'inscrivent, qui viennent des pays de l'Union européenne ou des PAHDUE, c'est-à-dire des praticiens diplômés hors Union européenne. Le problème, c'est qu'on admet maintenant n'importe quels diplômes qui n'ont pas le niveau de ceux des universités françaises, et on nous oblige à les accepter.

On va essayer actuellement au Conseil de l'ordre de bloquer ce système, de voir pour une équivalence de formation, ou de demander aux universités de compléter leur formation. Et je pense que la prévention aurait largement sa place, et d'ailleurs avec Vianney DESCROIX, on a discuté et on va essayer de mettre cette plateforme en place.

Aujourd'hui, il y a une reconnaissance automatique des diplômes sur l'ensemble de l'Union européenne. Cette reconnaissance pourrait même s'étendre aux PADHUE. Les gouvernements travaillent à cette reconnaissance des diplômes hors Union européenne, avec la Libye, la Syrie, l'Algérie, ou d'autres pays qui n'ont pas notre formation.

Notre but, ce serait de créer d'abord une liste d'aptitude. Comme cela, on aurait une reconnaissance du diplôme.

On va également contrôler parce que nous avons beaucoup de faux diplômés qui arrivent actuellement sur le territoire. Une fois qu'on aurait contrôlé la validité et la conformité du diplôme, on va demander aux universités ou à des sachants de contrôler le niveau de formation de ces praticiens. Si ces derniers n'y répondent pas, ils s'inscriront à l'université pour compléter leur formation.

Il est sûr que la prévention a une très grande place à tenir là-dedans et je peux vous dire que dans 90 % des autres pays de l'Union européenne, rien n'est fait au niveau de la prévention. Sur la prise en charge des enfants, c'est la même chose.

On l'a observé sur la prise en charge des personnes en situation de handicap. Rien n'est fait non plus, c'est désastreux. Il faut se battre là-dessus de manière que tout le monde ait un accès préventif sur l'ensemble de la population.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Et finalement, ce que vous dites, ce n'est pas parce qu'on a une pression forte sur le nombre de praticiens qu'il faut baisser le niveau d'exigence.

Dr Alain DURAND

Président du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes

C'est exactement cela.

Il ne faut pas baisser la qualité. Je préfère avoir 1500 personnes au total en comptant les 1100 – 1200 avec un diplôme français, mais avoir des gens compétents.

Il vaut mieux qu'ils sachent soigner les patients et bien les prendre en charge que d'avoir 2000 personnes qui vont être inaptes à soigner.

Sur les 2000, il y en aura plus de la moitié qui seront inaptes à soigner.

Il y a une perte de chance pour des patients qu'on met en danger.

Et là, si on ne fait pas de la prévention, il y aura une perte de chance sur la vie dentaire et la vie orale du patient.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

En rappelant qu'on parle aussi de Français qui vont se former dans d'autres pays

Dr Alain DURAND

Président du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes

C'est la même chose.

Je parle de diplôme européen, ce n'est pas une question de langue, ce n'est pas une question de nationalité, ce n'est pas une question non plus culturelle ni culturelle.

Je parle simplement de personnes qui vont se former à l'étranger et qui n'ont pas les mêmes formations qu'en France.

Cette reconnaissance est ridicule.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Je voudrais qu'on revienne vers vous, Professeur LE GALL, sur l'éducation fonctionnelle. Est-ce que cela peut être un levier d'action intéressant à rappeler pour les omnipraticiens ?

Pr Michel LE GALL

PU- PH -- Président de la SFODF

On parle d'éducation fonctionnelle mais je parlerai surtout de fonction, et d'évaluer cette fonction, avec ses dysfonctions et ses parafonctions, qui est la clé d'entrée de toute personne non spécialiste.

Nous verrons un exemple cet après-midi. C'est une chose essentielle que de regarder les troubles de l'oralité dans la globalité.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la première des fonctions est la ventilation. On peut faire l'analogie avec le temps qu'on peut passer à ne plus respirer, boire ou manger. Je pense que dans cette salle, au bout de deux minutes, tout le monde commence à s'étouffer. Aussi, la dysfonction est ventilatoire, est celle à observer dès le plus jeune âge. C'est enseigné dans les modules d'orthodontie, et ceux de pédiatrie aussi.

La deuxième fonction est la déglutition, qui semble être la première, mais qui ne l'est pas. La déglutition est dépendante de la ventilation. Il y a aussi la mastication, bien sûr.

Et enfin la phonation, qui est parfois la porte d'entrée, est l'élément le plus dissonant, et que les parents évaluent en premier. Lorsqu'il y a un défaut de langage, c'est la première chose pour laquelle on s'inquiète. Alors qu'un défaut de ventilation, bien que cela commence à rentrer dans les mœurs, n'est pas souvent dépisté suffisamment tôt.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Les omnipraticiens ont un rôle à jouer là-dessus.

Pr Michel LE GALL

PU- PH -- Président de la SFODF

Capital et essentiel.

Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

Dr Benoît PERRIER

Président de l'UFSBD

On voit effectivement des jeunes de plus en plus tôt, et c'est là justement où il faut agir. On doit avoir des changements de pratique parce que ces jeunes-là, on ne les voyait pas il y a quelques années. Il faut qu'on se d'adapte sur nos éléments de diagnostics lors des bilans.

Et qu'est-ce comment agir pour accompagner effectivement les corrections fonctionnelles des fonctions ?

Nos pratiques doivent effectivement changer puisque la population change aussi. Et elle a commencé d'autant plus à changer qu'on voit une augmentation des consultations pour les enfants de 3 ans. Ce sont des enjeux qui font évoluer notre manière d'exercer.

Pr Michel LE GALL

PU- PH -- Président de la SFODF

Un point particulier : il faut que les médecins pédiatres soient en accord avec nous. Mais, il y a parfois une dissonance importante.

L'impact d'une dysventilation sur le développement d'un enfant est maintenant connu et avéré depuis une vingtaine d'années, mais certains pédiatres n'ont pas encore passé le pas. Et quand on leur parle des impacts d'une dysventilation chez un jeune enfant, la prise en charge médicale n'est pas forcément en accord avec le souhait du soignant chirurgien-dentiste ou orthodontiste.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Et puisqu'on parle de l'approche interprofessionnelle, Docteur Patrick ROUAS, est-ce que vous travaillez avec d'autres soignants, en ville ou à l'hôpital, qui ne sont pas dans le champ de la santé bucco-dentaire directement alors qu'ils peuvent y concourir, je pense aux nutritionnistes, par exemple ?

Dr Patrick ROUAS

Président de la Société française d'odontologie pédiatrique (SFOP)

Tous les professionnels de santé ont l'habitude de travailler en équipe multidisciplinaire. C'est vrai dans tous les domaines, peut être encore plus dans le nôtre où on peut adresser des patients vers des pédopsychiatres, vers des nutritionnistes, etc.

Encore une fois, je reviens sur ce que j'ai dit tout à l'heure.

Il faut que les omnipraticiens comprennent bien que les Odontologues pédiatriques ne pourront pas assurer l'ensemble de la prise en charge des enfants et des adolescents du territoire. Ce n'est pas possible actuellement.

Ces Odontologues pédiatriques exclusifs sont importants. Ils sont là pour les cas les plus complexes.

Mais il faut que l'omnipraticien fasse également sa part de travail en prenant en charge cette population et en réalisant des diagnostics précoces pour que les interventions éventuelles soient les plus minimales possibles. On se rend les choses plus faciles lorsqu'on les met en place très tôt, d'autant plus que les soins bucco-dentaires chez l'enfant ne sont pas forcément invasifs.

À partir de ce moment-là, tout devient simple et facile. Le fait de voir encore une fois régulièrement ces jeunes patients permet de mettre en œuvre ce type de prise en charge.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

On a beaucoup parlé des invisibles. Comment aller vers ce public ?

Docteur Benoit PERRIER, je crois qu'à l'UFSBD, vous avez quelques pistes de réflexion, qui ne sont pas aujourd'hui concrètes, mais qui pourraient lever certains obstacles, notamment autour de la prise en charge du dentifrice.

Dr Benoît PERRIER Président de l'UFSBD

Il y a différents axes. Vers les populations bien sûr, mais il y a aussi un travail à faire avec les structures, avec France Assos Santé, avec d'autres structures de représentation des patients.

Ce sera également un volet à développer. Il va y avoir dans générations sans carie aussi des volets complémentaires à mettre en œuvre vers différents publics, vers les autres professionnels relais, vers le milieu scolaire, cela a déjà été évoqué. Il y a toutes une série de mesures qui arrivent.

Il y a aussi des mesures qui dépasseront effectivement le cadre conventionnel comme les mesures sur l'alimentation.

On soutient très fortement notamment le nouveau nutri-score qui est actuellement en danger.

Pourtant, c'est un indicateur très simple lorsqu'on observe son impact sur des consommateurs en supermarché. Et la nouvelle version serait très favorable à la santé orale et jouera un rôle dans la prévention. On soutient ce type de démarches.

Et puis il y a les questions d'accès aux produits d'hygiène bucco-dentaire. Les problèmes sociaux pèsent effectivement sur les pathologies bucco-dentaires, ce sont des populations avec des gradients sociaux faibles qui sont les plus à risques et peuvent avoir le plus de difficultés.

Quand on discute avec le Secours populaire ou d'autres structures, la question de l'achat de ces produits d'hygiène est une vraie question au quotidien pour ces familles. Le choix est de savoir : « est-ce qu'on mange ou est-ce qu'on se prive une journée pour acheter son dentifrice ? ».

Il y a aussi la question sur les publics à haut risque, les personnes en situation de handicap, ou sur les produits en eux-mêmes, par exemple, sur les dentifrices à haute teneur en fluor.

Il faut qu'on arrive à avoir un système qui favorise l'accès pour tous. La question de la TVA est une question qu'il faut se poser. On est à 20 % sur un dentifrice.

Et ensuite, c'est imaginer une prise en charge sociale avec des remboursements ciblés sur des populations, en rapport avec une pathologie, un handicap ou un contexte social.

On peut également imaginer, par exemple, pour les patients CSS, une prescription du chirurgien-dentiste. Cela contribue à maintenir un lien régulier ou à l'instaurer avec le praticien.

Ce sont des pistes à étudier au niveau social.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

On a fait ce matin plusieurs comparaisons avec d'autres pays qui ont rendu parfois la prévention obligatoire. Faut-il creuser cette piste ou pas ? Docteur DONNAT, je vous vois réagir.

Dr Pierre Olivier DONNAT Président des CDF

On y a pensé et on a exploré cette piste. On espérait mettre en place une sorte de parcours vertueux.

Mais je peux vous dire qu'on a dû faire face à une levée de boucliers des associations de patients, et des médias aussi : « on est déjà punis par la pathologie, vous n'allez pas nous punir deux fois en nous imposant un parcours de soins. »

Je comprends cette réaction, elle est assez légitime. Ce n'est pas tellement dans l'esprit latin ou dans les fondamentaux de notre système de santé.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Pour autant, il y a des vaccins qui sont obligatoires.

Dr Pierre Olivier DONNAT Président des CDF

Certes, mais l'examen de prévention à 6 et 12 ans est obligatoire.

C'est inscrit dans la loi. Je ne sais pas ce que l'amendement gouvernemental, qu'il va falloir peut-être très légèrement modifier, prévoit sur ce thème-là, mais dans la loi, l'examen de prévention à 6 et 12 ans est obligatoire.

Bien que cet examen soit obligatoire, dès lors qu'il n'y a pas un contrôle effectif, il n'y a plus d'obligation. Cette situation rend les choses un peu plus complexes.

Malgré tout, le message doit effectivement aller vers une sorte de passage obligé, ce qui n'est plus tout à fait l'obligatoire, mais étant quelque chose qui est nécessaire pour son bien-être ou sa santé, et ne jamais dissocier la santé orale de la santé générale.

C'est aussi le message clé.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Dans l'immédiat, on a bien compris qu'on est dans l'incitation.

Dr Benoît PERRIER Président de l'UFSBD

C'est effectivement une question culturelle. Le système de santé doit être en cohérence avec la société.

Dans certains pays il y a un engagement de la société, où la prévention est imposée. Elle est même subie dans un sens, car vous n'avez pas même le choix du praticien.

Je ne pense pas que dans notre système, on soit dans cette culture-là. Contrairement au système suisse, par exemple, où il n'y a que la prévention qui est remboursée.

Si vous faites cela en France, je ne pense pas que la représentation des patients sera effectivement favorable. Il faut faire avec notre société, c'est cela qui est important.

C'est toujours intéressant de regarder ce qui se passe à l'étranger, mais après il faut voir ce qu'on peut faire aussi collectivement dans notre société.



Question d'un participant

On nous parle beaucoup des cabinets, et on avait une question sur la place de l'école et des crèches.

Comment y va-t-on ?

Et quelle est la place des parents dans ces actions ?

Dr Benoît PERRIER
Président de l'UFSBD

Je veux bien reprendre la parole parce qu'on avait fait justement un colloque de santé publique avec Santé publique France sur les 1 000 premiers jours.

Et il y avait un axe sur les crèches. Nous avons fait des recommandations, de la formation sur la santé orale auprès des professionnels des crèches pour qu'ils soient des relais dans les habitudes du quotidien de la crèche et vis-à-vis des parents.

Ils ne sont pas toujours à l'aise dans cet accompagnement.

Il existe par ailleurs des initiatives.

Je donnerai l'exemple de la ville de Nantes, qui s'est engagée depuis 3 ans dans un programme sur le long court. Le but n'est pas de faire une seule action, mais plutôt de porter les priorités de ce message préventif.

Il faut des initiatives locales, une implication des professionnels, des assureurs, c'est aussi à la société de s'en emparer et d'en prendre sa part. Les champs de la santé orale touchent l'ensemble du quotidien et des lieux de vie où les relais professionnels et les accompagnants familiaux ont un rôle à jouer.

Question d'un participant

Pour le Conseil de l'ordre, on manque actuellement de chirurgiens-dentistes dépisteurs pour les actions hors cabinet dentaire.

Pourquoi les chirurgiens-dentistes formés et diplômés en France ne peuvent-ils pas s'inscrire à l'Ordre pour pouvoir faire du dépistage lorsqu'ils ont interrompu leur activité pour notamment élever leurs enfants ?

Dr Alain DURAND
Président de l'ONCD

C'est une question très précise.

Ils peuvent toujours s'inscrire à l'Ordre.

Mais si c'est quelqu'un qui n'a pas exercé depuis 10 ans, 12 ans, on lui demandera bien entendu d'avoir fait un DPC dans certains cas. Le problème, c'est qu'on est inscrit ou on n'est pas inscrit à l'Ordre.

Si on est inscrit, on a le droit de pratiquer, mais on ne peut pas avoir un exercice limité.

Le contrat, qui est signé entre le praticien et le Conseil de l'ordre, est un contrat moral qui nous engage à laisser faire le praticien ce qu'il veut dans son temps d'exercice professionnel.

S'il nous dit « je vais faire que du dépistage », on ne peut pas lui dire « tu ne vas faire que du dépistage », on ne peut pas signer un tel contrat.

Pour permettre de faire exclusivement des actes de dépistage, il faudrait légiférer. Mais il faudrait aussi qu'il ait fait un DPC ou une formation continue parce que les connaissances évoluent. Je ne donne plus à mes patients les mêmes conseils aujourd'hui qu'il y a 10 ans. Et dans 10 ans, les conseils auront encore évolué.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Il y a des professions un peu parallèles, je pense aux conseillers en santé, qui ne sont pas des chirurgiens-dentistes, mais qui peuvent faire de la prévention. Mais ce que vous dites, on est chirurgien-dentiste ou on ne l'est pas.

Dr Alain DURAND Président de l'ONCD

C'est une question très précise. Ils peuvent toujours s'inscrire à l'Ordre. Mais si c'est quelqu'un qui n'a pas exercé depuis 10 ans, 12 ans, on lui demandera bien entendu d'avoir fait un DPC dans certains cas. Le problème, c'est qu'on est inscrit ou on n'est pas inscrit à l'Ordre. Si on est inscrit, on a le droit de pratiquer, mais on ne peut pas avoir un exercice limité.

Le contrat, qui est signé entre le praticien et le Conseil de l'ordre, est un contrat moral qui nous engage à laisser faire le praticien ce qu'il veut dans son temps d'exercice professionnel. S'il nous dit « je vais faire que du dépistage », on ne peut pas lui dire « tu ne vas faire que du dépistage », on ne peut pas signer un tel contrat.

Pour permettre de faire exclusivement des actes de dépistage, il faudrait légiférer. Mais il faudrait aussi qu'il ait fait un DPC ou une formation continue parce que les connaissances évoluent.

Je ne donne plus à mes patients les mêmes conseils aujourd'hui qu'il y a 10 ans. Et dans 10 ans, les conseils auront encore évolué.

Question d'un participant

Quelle est la position des acteurs présents concernant la création d'un DES d'Odontologie pédiatrique ?

Dr Patrick ROUAS

Président de la Société française d'odontologie pédiatrique (SFOP)

Je dirais que sous l'égide du Pr Michèle MULLER-BOLLA, la discipline d'Odontologie pédiatrique a été poussée en avant auprès des acteurs pour mettre en place cette spécialisation qui était importante au regard du besoin de soins bucco-dentaires de la jeune population.

Aujourd'hui, où en est-on ? Peut-être que le Pr Vianney DESCROIX pourra nous aider à répondre à cette question.

C'était en discussion bien que je ne sache pas vraiment où on en est à ce jour, mais je pense que c'est important d'avoir cette spécialisation.

Et juste en dessous, pas du point de vue du niveau, mais dans la prise en charge, les omnipraticiens vont prendre en consultation les patients en ayant la possibilité d'adresser à ces Odontologistes pédiatriques dans des cas plus complexes, dans des situations de déficit de coopération important qui nécessitent d'autres types de prise en charge comme le MEOPA, l'hypnose, etc.

Dr Benoît PERRIER

Président de l'UFSBD

Je crois que sur cette question, on est d'accord que c'est une spécialité, mais celle-ci ne pourra pas prendre en charge toute la population concernée, soit 12 millions de Français. Et les omnipraticiens sont effectivement en première ligne.

Pourquoi pas effectivement en second recours, une spécialisation.

On rentre dans le parcours, comme en médecine générale, avec un dentiste traitant et de l'adressage au besoin.

Ce n'est en tout cas pas de l'accès direct.

Ce second recours se fera éventuellement sur des cas complexes, mais cela doit rester en priorité le cœur de la pratique de l'omnipraticien. Même si une reconnaissance de cette spécialité pourrait se faire, reste que l'omnipraticien sera responsable de la majeure partie de la prise en charge et de l'accès aux soins des jeunes.





Approche Biopsychosociale de la Santé Orale

Focus sur les jeunes et leur famille



Pr Jean-Noël VERGNES

PU – PH Université Paul Sabatier - Toulouse III

Bonjour à toutes et à tous,

Un grand merci à l'UFSBD et au comité d'organisation pour m'avoir invité et me faire la confiance de m'exprimer par rapport à ce sujet de l'approche biopsychosociale en santé orale.

« Approche biopsychosociale orale, colloque de santé publique », c'est une vision collective de la santé. Mais j'aimerais insister sur l'importance d'une cohérence entre les différents niveaux de la prise en soin des patients.

On parle aujourd'hui de niveau microsystémique pour la relation de soin en cabinet dentaire, de maison systémique pour l'organisation d'un cabinet, d'une structure, d'un hôpital, au sein d'un quartier, d'une ville ou d'une campagne, puis d'abord macrosystémique pour les politiques de santé publique, les programmes, etc.

L'important aujourd'hui, c'est d'avoir une cohérence entre tous ces niveaux pour bénéficier au mieux à la santé des patients.

Je commencerai ma présentation en répondant à la question suivante : qu'est-ce qu'on veut en matière de relation de soin.

1) Placer la clinique et l'humain au centre

- Approches centrées sur la personne en médecine bucco-dentaire

WHOLE PERSON CARE

HUMANIZING CLINICAL DENTISTRY THROUGH A PERSON-CENTRED MODEL

1 COMPRENDRE ET CONVENSER
EX: LE PATIENT ET SON PROJET, SA PARTNER

2 ENVIAGER DES POSSIBILITES ET CO-DECIDER
EX: LES ALTERNATIVES THERAPEUTIQUES, LES STRATEGIES

3 CO-INTERVENIR
EX: LES SOUSPECIALITES DE LA DENTISTE, LES PARTENAIRES, LES ACTIONS PRATIQUES

Partage de pouvoir, position basse

ufsbd Colloque organisé en partenariat avec Assurance Maladie

Jeu8 7 novembre 2024 • « Génération sans carie, Tous acteurs dans nos cabinets ! »

De la réponse va découler une relation de soin, recherchée et assumée, dans le cadre d'une approche biopsychosociale et cohérente dans les différents niveaux. Il y a plusieurs équipes au monde qui travaillent à partir de l'approche centrée sur la personne en médecine bucco-dentaire, et pour faire simple, c'est prendre des décisions d'une manière structurée avec nos patients.

Structurer, cela veut dire comprendre nos patients, converser avec eux, entendre leurs récits de vie, leurs expériences dans le temps, pour ensuite envisager avec eux des prises de décision. On parle de codécision. On parle beaucoup aujourd'hui de codécision dans le soin.

Je donne un exemple. Un patient consulte pour une pulpite irréversible. Il a, à côté de cela, des encombrements ou des dysharmonies dento-maxillaires au moment de sa prise en charge en urgence.

On ne va pas forcément focaliser sur le traitement orthodontique si ce n'est pas un besoin exprimé. Ainsi, on prend tous au quotidien des codécisions c'est-à-dire qu'on fait des filtrations de diagnostic.

Et il est important de les assumer pour ensuite co-intervenir : on est aujourd'hui dans une société où le patient veut être pris en charge à son rythme. Alors on peut ou on ne peut pas, mais en tout cas, on en discute et on voit quelles modalités on met en place pour nos patients.

1) Placer la clinique et l'humain au centre

• Approches centrées sur la personne en médecine bucco-dentaire

Guiding principles	Process	Method	Objective	Dentist's attitude
Connect	Connect	Conversation	Understand one another	Warm
		Validation	Build relationship	Positive
Examine*	Examine*	Visual	Gather data	Objective
		Radiographic tests		
Humility	Share*	Presentation	Share explanatory models	Clear
		Discussion	Understand one another	
Hospitality	Decide*	Discussion	Co-determine the problem list	Sharing power
		Negotiation	Co-author a treatment plan	
Mindfulness	Intervene*	Non-Surgical	Address all illness and disease	Respectful
		Surgical		
		Homecare	Heal	
		Uterocycle		

*Connect is also an element of this step

ufsbd Colloque organisé en partenariat avec l'Assurance Maladie
 Jeudi 7 novembre 2024 • « Génération sans carie, Tous acteurs dans nos cabinets ! »

Je pourrais parler très longtemps du contenu de cette diapositive, mais je vais la synthétiser.

Nos recherches ont montré qu'une consultation dentaire est bonne, efficace et fonctionnelle quand elle est structurée en 5 grandes parties.

Une partie qu'on n'appelle plus anamnèse dans une approche biopsychosociale :

On va converser avec le patient. Et à ce stade initial, on va essayer de le comprendre en validant tout ce qu'il dit. Même s'il dit « j'ai des caries à cause des extraterrestres ».

À ce moment-là, on n'a pas encore regardé dans sa bouche, mais on va essayer de le comprendre. Cela ne veut pas dire adhérer à sa vision, mais en tout cas, cela va nous permettre ensuite d'avoir les bons leviers pour essayer de voir ce qu'on fait quand on sera dans la phase de codécision.

On se connecte d'abord avec le patient et ensuite, on décline tout ce qu'on sait faire. L'examen bucco-dentaire à proprement parler avec les signes dits objectifs où on va examiner, faire des examens complémentaires, etc.

On va ensuite échanger avec le patient sur ce qu'on a vu. En ayant compris son parcours de vie, on va pouvoir décider de filtrer ce qui est important pour lui par rapport à son ou ses motifs de consultation pour ensuite codécider avec lui et intervenir.

Le premier point sur lequel je voulais insister, c'est sur l'aspect clinique profondément humain de notre profession de chirurgien-dentiste.

Le second point porte sur une réflexion à des niveaux méso- et macrosystémiques.

Il est toujours important de considérer la science, d'autant plus en tant qu'universitaire, comme guide dans nos travaux et dans nos implémentations.

Et la science aujourd'hui, elle est encore très influencée par la pensée cartésienne, donc la pensée française. On peut en être fier. Descartes a ensuite été relayé par des philosophes, Spinoza, etc.

Génération
Tous acteurs dans nos cabinets !

2) Considérer la science comme guide



LES QUATRE PRÉCEPTES DU « DISCOURS DE LA MÉTHODE »

« Ainsi, au lieu de ce grand nombre de préceptes dont la logique est composée, je crus que j'aurois mieux deux ou trois, pourvu que je prisse une ferme et constante résolution de ne manquer pas une seule fois à les observer.

« Le premier étoit de ne recevoir jamais aucune chose pour vraie que je ne la connusse évidemment être telle, c'est-à-dire d'éviter soigneusement la précipitation et la prévention, et de ne comprendre rien de plus en mes jugements que ce qui se présenteroit si clairement et si distinctement à mon esprit que je n'eusse aucune occasion de la mettre en doute.

« Le second, de diviser chacune des difficultés que j'examinerois en autant de parcelles qu'il se pourroit et qu'il seroit requis pour les mieux résoudre.

« Le troisième, de conduire par ordre mes pensées en commençant par les objets les plus simples et les plus aisés à connaître, pour monter peu à peu comme par degrés jusque à la connaissance des plus composés, et ne point même de l'ordre entre ceux qui ne se précèdent point naturellement les uns les autres.

« Et le dernier, de faire partout des dénombrements si entiers et des revues si générales que je fusse assuré de ne rien omettre.

« Ces longues chaînes de raisons, toutes simples et faciles, dont les géomètres ont coutume de se servir pour parvenir à leurs plus difficiles démonstrations, m'auroient donné occasion de m'égarer que toutes les choses qui peuvent tomber sous la connaissance des hommes s'entre-suivent en même façon, et que, pourvu seulement qu'on s'abstienne d'en recevoir aucune pour vraie qui ne le soit, et qu'on garde toujours l'ordre qu'il faut pour les débiter les unes des autres, il n'y en peut avoir de si éloignées auxquelles enfin on ne parvienne, si de si cachées qu'on ne découvre. »

4 « préceptes »:
Evidance
2+2 = 4
Réductionnisme
Causalisme
Exhaustivité
(1637...)

ufsbd Colloque organisé en partenariat avec Assurance Maladie
Jeudi 7 novembre 2024 « Génération sans carie, Tous acteurs dans nos cabinets ! »

Descartes a décrit 4 préceptes dans le *Discours de la méthode*.

J'attire votre attention sur le fait que cela date du XVII^e siècle (1637).

Ces 4 préceptes, que l'on entend encore beaucoup dans la pensée scientifique aujourd'hui, sont les préceptes de :

- Évidence : 2 + 2 = 4. Égal, c'est le signe de l'évidence. *Evidence Based Medicine* vient de ce précepte-là
- Réductionnisme : j'ai un problème complexe, je vais le diviser en problèmes plus simples pour essayer de comprendre d'où vient ce problème de santé.
- Causalisme : je vais considérer qu'il y a toujours une relation de cause à effet à partir du moment où j'ai une lentille assez petite et où j'ai assez regardé en détail pour pouvoir apprécier le phénomène
- Exhaustivité, il y a ce mythe cartésien qui est profondément déterministe. Si j'ai la data de tout le monde qui nous entoure alors je vais pouvoir prédire. C'est très en vogue aujourd'hui avec l'intelligence artificielle. Et on constate beaucoup de scientifiques qui pensent à ce mythe-là : on va pouvoir prédire tous les risques donc il faut œuvrer pour encore mieux les prédire et pour encore mieux soigner. C'est très discuté parce que c'est souvent insuffisant par rapport à la complexité du monde. Je vais y revenir dans un instant.

Aujourd'hui, le modèle biomédical, je ne le critique pas plus que cela.

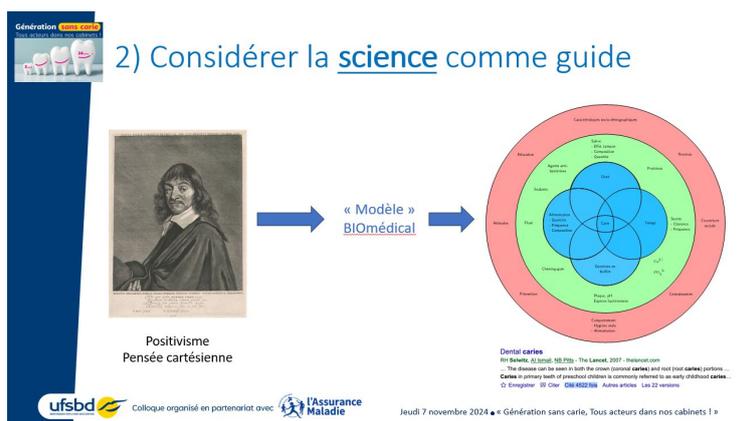
En revanche, il est devenu insuffisant si on vise à étudier les choses dans la complexité du monde. Le modèle biomédical, si je reviens sur la carie dentaire, il nous a permis de comprendre que ce problème était multifactoriel.

Vous avez le schéma de Keyes, le pH, les bactéries et des lésions carieuses qui apparaissent. Et à force de grandes recherches épidémiologiques, très focalisées, on a toute une liste de facteurs de risque, des centaines, ou des facteurs de protection qui vont interagir de manière complexe.

Et on va regarder la qualité de l'email, on va avoir des caractéristiques sociodémographiques, la prise de fluor, les rendez-vous de prévention, et tout cela va s'intriquer de manière très complexe et imprédictible à l'échelle individuelle.

C'est le point de vue que défend l'approche biopsychosociale.

De nos jours, ce qui est le plus enseigné et ce qui est le plus reconnu par le monde de la recherche, c'est ce schéma de SELWITZ dans *Le Lancet*, cité des milliers de fois, où on comprend la maladie carieuse comme une maladie multifactorielle. Bravo au modèle biomédical de nous avoir fait comprendre ceci.



Mais la pensée scientifique a elle aussi évolué ces derniers siècles. Et à côté de la pensée cartésienne, les courants philosophiques du constructivisme et de la pensée systémique ont eu leur essor au début du XX^e siècle. Un théoricien, VON BARTALANFFY, a élaboré la théorie générale des systèmes en 1937, soit 300 ans d'écart avec les préceptes de Descartes.

Cette pensée théorique a abouti, avec d'ailleurs encore une fois des Français, Georges CANGUILHEM et Edgar MORIN, à l'élaboration de la pensée complexe en sciences. Cela a donné directement, à la fin des années 70, la théorisation du modèle biopsychosocial.

Dans ce modèle, on considère la santé comme un continuum entre les atomes, qui nous constituent, qui créent des cellules, des tissus, des organes, et la personne qui vit en couple ou en famille, dans une société, dans un environnement, qui peut d'ailleurs être plus ou moins pollué et impacter directement sa santé. Vous allez peut-être être d'accord avec ce qui vient d'être dit ainsi qu'avec le modèle biomédical.

Regardez le cercle de SELWITZ où les trois cercles sont enchevêtrés tandis que dans le modèle biopsychosocial, les boucles d'interactions des rétroactions négatives et les boucles de causalité entre chacun des niveaux sont assumées.

Un enfant a des caries parce qu'il a des bactéries cariogènes, qu'il n'a peut-être pas assez d'apports fluorés et peut-être aussi qu'il y a un distributeur de sodas dans son collège et qu'à la récréation, cela fait bien d'avoir sa canette de soda. Et tout cela va s'enchevêtrer de manière à expliquer son état de santé.

La différence entre l'approche biopsychosociale et celle biomédicale se situe dans l'approche biopsychosociale où la complexité est complètement assumée et recherchée à l'échelle individuelle. Cela va ainsi mettre moins d'emphasis à l'évaluation d'un risque carieux algorithmique, mais plus d'emphasis à la curiosité du patient et à ce que la conversation initiale va pouvoir donner.

Et en dentisterie, on a conçu un modèle biopsychosocial adapté au monde dentaire parce que celui-ci est très particulier dans le champ de la santé. Et vous retrouvez, dans le modèle Montréal-Toulouse qu'on a publié il y a quelques années ces trois niveaux de compréhension, de décision et d'intervention avec cette cohérence dont je parlais en introduction : au niveau mésosystémique, à l'échelle d'un cabinet dentaire.

Comment vais-je m'organiser pour comprendre ma patientèle ? Quels sont les besoins de ma patientèle dans mon lieu d'exercice ? C'est là qu'il nous faut de la donnée régionale, de la donnée territoriale pour ensuite décider de la manière dont j'organise mon mésosystème, mon cabinet, mon hôpital pour pouvoir répondre aux besoins des personnes qui habitent autour de moi pour ensuite adapter mes interventions.

Exactement le même transfert de réflexions peut se projeter au niveau macrosystémique des programmes de santé publique pour lequel on est réunis aujourd'hui. C'est là qu'il nous faut des données épidémiologiques, une pensée systémique, pour comprendre les besoins de la population. Il y a un nouveau discours de la méthode, pas si nouveau puisqu'il date de plusieurs décennies, mais encore une fois français. Je pense que nous Français, dans le champ de la santé, dans le champ bucco-dentaire, on peut être assez créatif, on a une légitimité historique à cela.

Ainsi, on a 4 préceptes qui ne s'opposent pas aux 4 préceptes cartésiens. Il ne s'agit pas de dénigrer la pensée cartésienne et scientifique : la majorité des progrès de santé sont liés aux recherches focalisées sur les maladies. Mais on va essayer de voir les choses à partir d'aspects différents, englobants j'ai envie de dire, avec les notions de :

- Pertinence,
- Globalisme en considérant qu'une maladie est une manifestation qui apparaît dans un corps qui est lui-même situé au sein d'une famille,
- Téléologie c'est-à-dire pourquoi étudie-t-on les questions qu'on étudie ?
- Et celle de l'agrégativité c'est-à-dire faire le deuil de la pensée selon laquelle le monde est déterminé. C'est un point de vue qu'on n'est pas obligé d'adopter. Mais étant donné que la matière qui nous constitue est elle-même non déterminée, on ne peut pas observer exactement ce qui nous constitue de manière subatomique. Il faut peut-être faire le deuil de cet espoir du déterminisme absolu, et donc de la prédictibilité des maladies.

Je vais maintenant essayer d'appliquer cette pensée systémique au thème du colloque d'aujourd'hui : « Génération sans carie, tous acteurs dans le cabinet » avec les 4 préceptes.

On peut questionner le terme de « génération » avec la notion de pertinence : quelle est l'intention de se focaliser sur les générations futures ? Aussi, on le comprend bien, les générations futures, ce sont les êtres humains de demain. Mais n'oublions pas, quand on fait cette focalisation-là, les générations actuelles et les personnes âgées.

Lorsqu'on parle de « génération sans carie », il faut garder en tête qu'on fait une focalisation sur la maladie. Or, le précepte de globalisme de l'approche systémique permet de toujours avoir à l'esprit que ce qui importe, ce n'est pas que les personnes n'aient pas de caries, c'est qu'elles soient en bonne santé. La nuance est importante.

On a aujourd'hui dans les facultés dentaires des étudiants qui viennent nous voir dans les consultations en disant : « J'ai un patient, il est en bonne santé. Voici son panoramique dentaire avec que des restes radiculaires, des infections périapicales. » Non, ce patient n'est pas en bonne santé.

Ce patient a des besoins en santé. « Sans carie », d'accord, mais en santé, évaluée sur une échelle personnelle.

« Tous acteurs », on peut aussi avec le précepte du comportement de l'objet se questionner sur qui est-ce « tous » ? On va fédérer les chirurgiens-dentistes, les assistants dentaires, les équipes, les prothésistes, les instituteurs, les infirmiers. Cela a été évoqué ce matin : « tous acteurs », c'est vraiment tous les acteurs, mais tous les acteurs pour la santé.

Et le précepte d'agrégativité s'applique de manière très pratique à différents niveaux. « Tous acteurs dans nos cabinets », à l'hôpital, dans les écoles, ce que fait l'UFSBD depuis très longtemps dans les collèges, dans les lycées, dans les lieux de sports, de culture, etc., c'est toute une société en fait qui va œuvrer pour la santé. Et c'est là qu'on est souvent en confrontation, le monde du soin avec le monde industriel qui nous pousse à manger mal, à acheter des plateaux techniques très élevés pour ensuite ne pas avoir d'autres choix que de sélectionner la patientèle. C'est donc un effort sociétal.

J'applique aussi la pensée systémique à ma propre représentation, approche biopsychosociale de la santé orale. Pendant longtemps, j'ai pensé qu'il ne fallait plus que j'adopte ce terme de santé orale ou de santé bucco-dentaire puisque je dis que dans une approche biopsychosociale, ce qui compte, c'est la santé. J'ai récemment fait une recherche historique, épistémologique, où, de manière très émouvante et intéressante, il est apparu qu'il y a quatre santés qui sont référencées dans les arborescences de MeSH (Medical Subject Headings) et reconnues par l'OMS, qui sont des santés profondément biopsychosociales : la santé orale, la santé mentale, la santé reproductive et la santé sexuelle.

Chaque fois, qu'on regarde le métier de chirurgien-dentiste, on se confronte à la douleur, on se confronte aux fonctions biopsychosociales d'édentement des dents antérieures et cela explique même l'autarcie et l'indépendance de notre profession de chirurgien-dentiste par rapport à la profession médicale.

On explique cet état de fait par des raisons historiques, mais les raisons historiques profondes sont que s'occuper de la douleur, de la réhabilitation d'un aspect facial, cela va prendre en compte des composantes profondément biopsychosociales.

La légitimation même de notre profession est biopsychosociale. On a le droit de parler de santé orale si on parle selon un prisme systémique, si on a derrière la tête que la santé orale est biopsychosociale. Et je ne vais pas m'attarder sur le focus fait sur les jeunes et la famille parce que celui-ci est sur l'individu avec une cohérence entre les micro-, les méso- et les macrosystèmes.

On parle aussi beaucoup de la dichotomie prévention et traitement qui est une dichotomie très alignée avec la pensée cartésienne. Si on est dans la pensée systémique, on ne va plus parler de prévention de maladie. Dès lors qu'on parle de prévention et de traitement – à part pour la prévention primordiale, mais il faut bien dire qu'elle est bien souvent oubliée de nos discours, on prévient et on traite des maladies. En approche systémique, on va plutôt réfléchir sur les flux.

Quels sont les flux qui nous intéressent en santé bucco-dentaire ?

Un flux très pertinent, c'est le besoin de soins qui est alimenté par des flux entrants. Un flux entrant de besoin de soins est, par exemple, une mauvaise alimentation, des apports fluorés insuffisants, et les centaines de facteurs de risque qui ont pu être décrits. Et n'oublions pas, dans les facteurs de risque, des facteurs intrinsèques comme la mauvaise qualité d'émail, par exemple. Il y a des patients qui auront des lésions carieuses parce qu'ils auront des fragilités intrinsèques.

Le flux sortant sera le dentiste. Et que peut-on faire pour limiter ce besoin de soins ? Il y a les dentistes, et tous les acteurs qui peuvent tourner autour de la santé orale.

Quelques exemples :

Le sucre. On mange mal, on mange moins bien qu'avant. On a des injonctions paradoxales à se brosser les dents, à manger mieux, à consommer plus de fruits et de légumes par jour, etc. Et à côté de cela, dans notre société, il est parfois plus facile de boire du soda que de boire de l'eau. La *Junk Food* est moins chère et cela s'explique en partie par les disparités socioéconomiques.

Lorsque le seul plaisir qui reste est de manger sucré, on mange sucré. Et ce n'est pas en allant chez le dentiste tous les ans que forcément on mangera moins sucré. On est dans cette société-là. Et on n'est pas la veille de la veille de la veille de mieux manger.

Limiter le sucre, cela va avoir des implications sur la santé dans toutes les politiques. C'est important. Les taxes soda, très bien, ainsi que, comme il a été évoqué ce matin, les recherches pour comprendre notre société, comprendre pourquoi on mange autant de sucre et quelles pourraient être les alternatives.

Nous aurons toujours des problèmes carieux malheureusement, et les chirurgiens-dentistes seront toujours importants.

Si on imagine qu'on peut remplacer le sucre par d'autres substances, il y aura des recherches épidémiologiques, et il y en a déjà, qui montreront que ces substances ont aussi des dangers. Je ne pense pas qu'il faille absolument mettre un espoir sur la disparition de la maladie carieuse bien que la recherche de sa disparition reste fondamentale.

Autre exemple important, qui nous réunit aujourd'hui, c'est l'incitation à la consultation, l'accès aux soins bucco-dentaires pour réduire ce fameux flux de besoins de soins. On parle de démographie professionnelle, qu'il n'y a pas assez de dentistes dans les territoires. Entendu, mais peut-être qu'une meilleure répartition serait un bon point d'action.

Peut-être qu'un autre levier sur lequel on pourrait agir de manière macrosystémique serait de s'interroger sur ce que font les chirurgiens-dentistes en matière d'offres de soins ?

On a de plus en plus des pratiques orientées avec des plateaux techniques élevés qui rendent moins nobles, moins rémunérateurs les soins primaires dentaires.

Si je fais fi de la dichotomie prévention et traitement, je ne sais pas vraiment ce que c'est, moi, la prévention bucco-dentaire.

Je suis un universitaire dans la sous-section de prévention épidémiologie, mais j'ai bien du mal à dire que poser un vernis fluoré ou faire des scellements de sillons, ce n'est pas un traitement, que prodiguer des conseils, ce soit de la prévention ou du traitement.

Je ne sais pas si prodiguer des conseils alimentaires ce n'est pas aussi un traitement. Plutôt que de dichotomiser et de se réfugier dans « on ne fait pas assez de prévention » peut être qu'on pourrait évaluer comment on permet un meilleur accès de la population dans les centres de soins dentaires, centres de soins dentaires pris au sens très large.

On pourrait envisager par exemple une bien meilleure organisation, notamment en France, de la prise en charge de l'urgence. Un humain est fait de telle manière qu'aller tous les ans faire un examen dit de prévention pour les dents, pour les yeux, pour les pieds, c'est compliqué. Il est humain de ne consulter un soignant que lorsqu'on a mal. Il faut favoriser bien sûr les comportements de prévention tels qu'on les comprend dans la vie de tous les jours.

Mais les soins d'urgence sont souvent un premier pas important pour accéder à des soins. Et le patient, qui a subi une consultation d'urgence, sera certainement plus réceptif pour recevoir ensuite des conseils et démarrer un suivi. Aussi, l'organisation des soins d'urgence est quelque chose d'absolument fondamental pour permettre des suivis améliorés.

Moi qui travaille dans un service d'urgence dentaire au centre-ville de Toulouse, je vois deux jours par semaine des patients qui se déplacent de plusieurs centaines de kilomètres pour des problèmes pulpaires. Cette situation s'explique d'une part par des territoires désertifiés, et d'autre part des chirurgiens-dentistes qui ne prennent que leur patientèle.

Enfin, je terminerai avec des perspectives sur l'échelle macro et j'aimerais insister sur ce point. Il y a des recherches en cybernétique, en approche systémique, qui nous guident sur la manière de réfléchir à la gouvernance de la santé.

L'important est de raisonner sur l'interprofessionnel. On en a déjà parlé ce matin : quelles sont les priorités pour que les gens soient en meilleure santé ? Dans la santé la plus convenable ? On a alors une boucle cybernétique très classique en approche systémique où l'on va fixer des priorités. Cependant, ce n'est pas entre nous dentistes, en restant dans une approche cartésienne que nous allons arriver à fixer ces priorités.

Aujourd'hui, on est centré sur la carie, mais c'est quoi la priorité pour les chirurgiens-dentistes ? La carie, bien entendu, c'est la maladie avec la plus forte prévalence au monde. Mais il y a aussi la parodontite, les cancers. Les cancers de la sphère orofaciale touchent moins de gens, mais ils sont plus graves. Alors, quelles sont nos priorités ?

Une fois qu'on a discuté entre nous, sur la répartition des ressources avec les autres métiers de la santé, avec la médecine. Nous sommes des médecins de la bouche. Comment allons-nous gérer nos ressources limitées pour que les patients soient en général en meilleure santé.

Mais on va fixer des priorités. Et les priorités, ce serait bien de les fixer non pas sur des maladies, mais sur des approches et de nouveaux indicateurs comme l'accès aux soins dentaires et la mesure des besoins de soins. Ce qui nous permettrait de mesurer la performance de notre système de santé et ensuite de responsabiliser à tous les niveaux.

À partir du moment où on a des priorités, on va pouvoir responsabiliser les chirurgiens-dentistes, mais pas uniquement qu'eux et surtout pas seulement qu'eux. Ils ont déjà beaucoup de poids sur leurs épaules, tout comme les patients. Il ne faut pas non plus uniquement responsabiliser le patient, il faut aussi que les parties prenantes se responsabilisent avec des incitations telles que le programme M'T dents qui va dans une direction de prise en charge précoce des maladies.

Et donc on pourrait tout aussi bien penser que l'offre de soins primaires dentaires est une de nos priorités. J'entends par les soins primaires dentaires, les soins traditionnels des omnipraticiens, la prothèse simple, sans aucune connotation péjorative, les traitements orthodontiques. Les soins primaires simples sont la priorité de la chirurgie dentaire avec une bonne coordination avec les soins de spécialités. Un exemple de coordination qui peut se poser est la prise en charge des patients en situation de handicap. Et à l'université, on est forcé de constater que la spécialité de médecine bucco-dentaire n'a pas eu l'effet escompté sur la prise en charge des personnes en situation de handicap, par manque de cohérence entre les niveaux méso- et macrosystémiques.

À l'échelle macro, une réelle ambition parce que la maladie carieuse est une maladie qui effectivement laisse des traces pour toute la vie, et qui va nécessiter des congruences entre les professionnels et les instances de formation de la profession.

Quand je dis congruence, c'est comment nous, à l'université par exemple, on va penser l'enseignement, la validation des niveaux minimums, pour offrir des soins primaires à la population. Comment les représentants de la profession vont-ils œuvrer avec les universitaires, avec les associations comme l'UFSBD, les sociétés savantes pour que ces soins primaires soient au cœur des priorités dont j'ai parlé aux échelles macrosystémiques.

Et évidemment congruence avec les instances de la profession, Conseil de l'ordre par exemple, qui vont réguler, peut-on espérer, cette offre de soins primaires et définir ce qu'est l'offre de soins dentaires aujourd'hui et ce qu'est un omnipraticien. L'évolution naturelle de la pensée cartésienne, ce seront des spécialistes de tout, et l'écueil de ces spécialistes du canal MV2 (ou canal mésio-vestibulaire 2) sera peut-être un jour, l'incoordination des actes à l'échelle des patients. Aussi, il est important de réguler, et de rester à des échelles de soins simples qui permettent des soins dits préventifs.

Quelques perspectives à l'échelle micro, pour les chirurgiens-dentistes en particulier, qui sont là aujourd'hui.

Au niveau individuel, trois stades :

- Compréhension,
- Prise de décision
- Et intervention.

Nous, chirurgiens-dentistes, on les connaît bien à l'échelle du patient.

On va parler avec nos patients de préoccupations. Quels sont ses attentes, ses motifs de consultation ? On va prendre des décisions avec lui et on va intervenir. Ce qui nous est souvent rapporté quand on enseigne l'approche centrée sur la personne à l'échelle de la relation de soin, c'est « on n'a pas le temps ». Et les chirurgiens-dentistes ont encore moins de temps. Cette recherche, qui décrit la structuration d'une consultation, elle a été faite en cabinet dentaire.

On a mesuré le temps qu'il fallait pour écouter un patient exprimer sa représentation de la santé orale : c'est entre deux et trois minutes. Deux ou trois minutes pour comprendre qu'il ne se brosse pas les dents parce qu'il n'achète pas de dentifrice fluoré, qu'il ne veut pas de fluor, qu'il est anti-fluor, qu'il a vu sur internet que c'était un poison.

Investiguer jusque-là donne un levier d'action majeur par rapport à la simple conclusion, il ne prend pas assez de fluor.

Mon intervention sur le levier de cette croyance que le fluor est un poison sera beaucoup plus efficace qu'une recommandation de prendre du dentifrice fluoré s'il veut me revoir.

À l'échelle communautaire, ce mot est nord-américain, ou à l'échelle méso, si on prend un vocabulaire plus francophone, on va essayer aussi, nous, chirurgiens-dentistes individuels, de comprendre les besoins de notre population, de notre bassin de population pour prendre des décisions, pour organiser nos urgences, le suivi de nos patients, tous profils confondus, et d'accueillir de nouveaux patients qui arrivent dans le territoire.

Il y a 15 % des Français qui tous les ans déménagent. Leur maladie, c'est de déménager. Et si les cabinets dentaires ferment complètement leurs structures aux nouveaux patients, on a 15 % des Français qui ne peuvent pas accéder à des consultations d'urgence.

Et à l'échelle sociétale, c'est la congruence avec ces différents niveaux.

Pour conclure, le concept de Génération sans carie est très ambitieux. Il va évidemment dans le sens d'une amélioration de la santé et donc il est compatible avec une approche systémique bien que ce soit davantage un slogan moteur qu'une réalité scientifique, et qu'il soit malheureusement fort probable que les chirurgiens-dentistes auront encore pour longtemps à soigner les lésions carieuses, et on peut espérer, le plus précocement possible.

Mais il y a encore de la lésion carieuse à traiter dans nos cabinets, en raison des nombreux facteurs de risque, qu'ils sont intrinsèques ou extrinsèques.

L'approche psychosociale permettra de regrouper des maladies : si on mange mieux, on a à la fois moins de lésions carieuses et moins de diabète, par exemple.

De plus, conserver les liens avec nos confrères et nos consœurs de la médecine est absolument important à tous les niveaux : au niveau du chirurgien-dentiste, au niveau d'un cabinet dentaire et au niveau des décisions de la gouvernance.

Aller parler au ministère de la Santé, des dents, ce n'est pas pour fondamentalement défendre la santé bucco-dentaire, c'est voir comment on se partage les ressources pour que les gens soient en meilleure santé.

Et on peut imaginer qu'un avenir pragmatique, si je dois retenir un objectif pour la profession, serait vraiment d'essayer de rester vigilant sur l'offre de nos soins, dans nos cabinets, dans nos services hospitaliers.

Qu'offre-t-on comme soins et comment s'organise-t-on collectivement pour rester avec du soin qui est du soin primaire, de la prévention, sur du long terme ?

Je vous remercie de votre attention.

Je vous fournis ce QR code pour accéder à l'ensemble de la documentation sur laquelle nous pourrions échanger si vous le souhaitez.



Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Merci beaucoup Professeur Vergnes.

Vous avez beaucoup insisté sur la relation soignant-soigné. Est-ce que c'est une manière aussi de renouveler le métier ? De le réenchanter ?

Pr Jean-Noël VERGNES

PU-PH Université Paul Sabatier-Toulouse III

Exactement. On parle beaucoup de l'épuisement professionnel chez les chirurgiens-dentistes. Et c'est très inquiétant parce qu'elle est l'une des plus hautes dans les métiers de la santé.

On s'aperçoit qu'en focalisant sur les aspects techniques, avec toute cette pression d'un haut plateau technique, on s'enlève le droit, nous soignants, d'être heureux d'avoir supprimé la douleur d'un patient. On a aussi ce mythe du 'rendre le sourire' aux gens, mais enlever la douleur c'est aussi quelque chose qui peut être très, très satisfaisant.

Et on enseigne aujourd'hui dans certaines facultés des compétences de communication, des compétences relationnelles qui prennent en compte les incertitudes, qui prennent en compte la singularité des patients et qui permettent, en ne les jugeant pas, de ne pas tomber dans l'exaspération, de ne pas considérer qu'un patient qui ne se brosse pas les dents est un patient maltraitant de ses propres dents. Les dents ne sont pas des organes vivants en tant que tels.

Ce qui nous intéresse dans l'échelle du soin, c'est la personne. Elle n'est pas maltraitante avec ses dents. Ses maladies bucco-dentaires sont des intrications complexes entre ses tissus et l'environnement dans lequel elle vit.

Aussi, les compétences relationnelles sont un vrai levier d'épanouissement professionnel. Je ne mets pas bien sûr de côté la rémunération qui est certainement le vecteur principal d'épanouissement et de développement d'une structure. Mais n'oublions pas que l'épanouissement passe aussi par le service rendu aux gens, et la satisfaction de le faire.





Génération sans carie au Cabinet Dentaire



Examen bucco-dentaire : les grandes étapes

Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

Dr Benoît PERRIER

Président de l'UFSBD

Nous allons passer maintenant en revue les points clés d'un examen du code Dentaire.

Ces étapes sont codifiées notamment à travers la convention Dentaire publiée au Journal officiel. Un examen buccodentaire, c'est 5 points clés.

La première étape, c'est une anamnèse, on va rechercher les différents facteurs pouvant influencer la Santé orale du jeune.

Cela inclut les antécédents Généraux, les antécédents locaux par exemple un traumatisme.

On va passer aussi en revue les facteurs de risque au niveau du quotidien, comme par exemple l'usage d'une tétine prolongée après 3 ans ou la présence d'une succion du pouce.

C'est aussi de regarder la consommation, notamment d'alimentation sucrée, en grande quantités tout au long de la journée, avec notamment un rythme de grignotage.

Quelle est la boisson du quotidien ?

Par exemple, ce que c'est de l'eau plate ou autre chose, d'analyser aussi les habitudes d'hygiène, notamment en ce qui concerne le brossage et ce qui est bien quotidien avec l'usage d'un dentifrice Floride et éventuellement l'utilisation de matériel de nettoyage Interdentaire, il faut aussi s'intéresser par exemple aux addictions comme le tabac ou l'alcool.

On va ensuite passer à la 2^{ème} étape, qui est à proprement parler de l'examen clinique.

Il est assez méthodologique et va permettre de faire un point complet au niveau des dents du parodonte Car n'oublions pas que les EBD jusqu'à vont jusqu'à 24 ans et le panier de soins génération sans Carie ira jusqu'au 28 ans en 2028.

Vers cet âge-là, la santé parodontale peut basculer vers une parodontite et comme pour les patients en ALD, le détartrage, Surfaçage radiculaire fait partie du panier de soins pris en charge dans la cohorte génération Sans carie.

Dans cet examen clinique, on va regarder aussi les fonctions notamment au niveau de la ventilation, de la déglutition.

On va regarder aussi l'État par rapport aux basses osseuses, les rapports Inter maxillaires, mais aussi une dysharmonie dentomaxillaire.

Pour compléter ces éléments, il peut être nécessaire d'avoir une 3e phase à travers des examens complémentaires, à l'aide de radiographies.

Ces radiographies peuvent être intra buccales ou éventuellement, cela peut être une radiographie panoramique en fonction des besoins.

Il y a une modification à partir du premier avril, les codes de facturation vous présenter une différenciation en fonction des EBD 3 ou 4 radios et un EBD avec Panoramique.

Ce bilan complet, ça va nous permettre de faire une synthèse de l'état de la santé orale pour établir un risque carieux individuel, mais aussi parodontal et évaluer les éventuels besoins de soins.

Tous ces éléments après une synthèse vont nous permettre d'émettre des conseils d'éducation personnalisée autour de l'alimentation, de l'hygiène orale, de l'usage de dentifrice fluorée avec un dosage adapté aux risque individuel, et aussi de recommander quel sera le rythme de suivi en termes de contrôle.

En quelle pratique sportive on peut aussi évoquer par exemple, l'usage de protège dents et puis, pour les +12 ans, il faut penser à évoquer aussi la vaccination anti HPV si besoin.

On peut s'appuyer sur les éléments du guide proposés par la profession à travers le CNP.

Alors la dernière phase, ça va être une phase sur lequel on va établir un programme de soin ou un programme de suivi.

Un des intérêts d'avoir fait ce dépistage au cabinet dentaire, c'est d'initier une relation qui peut se prolonger directement par la programmation des besoins de soins.

Alors, ces besoins de soins, ils peuvent être de types, ça peut être des soins préventifs ou des soins curatifs hors urgence.

Il est recommandé de débiter par les soins préventifs.

Ils sont intéressants pour s'acclimater aux soins pour le jeune et le progressivement aller vers les soins curatifs.

S'il n'y a pas de besoin de soins particuliers, il faudra quand même instaurer un suivi régulier et déterminer, par rapport au risque carieux, quel est le suivi, surtout de réévaluer dans le temps ce suivi, car en fonction de l'âge, en fonction des habitudes, il sera nécessaire peut-être de rajuster.

Il est important de faire de cet examen buccodentaire, le début d'une relation, notamment pour ceux qui consultent la première fois, il va falloir instaurer une relation de long terme.

Et il faut entretenir la flamme pour les prochains EBD.

Il est important d'être bien au clair avec ces 5 étapes pour que cela soit une routine dans notre quotidien.

Enjeux et approche en fonction de l'âge

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

On commence une première séquence avec quatre intervenants : le Docteur Cécile PFLIEGER, le Docteur Patrick ROUAS, le Docteur Romain JACQ et le Professeur Michel LE GALL. Séquence consacrée aux trois grands âges de la vie.

3 à 5 ans, un enjeu pour la vie

Dr Cécile PLIEGER

Pratique libérale en odontologie pédiatrique à Chevaigné

Bonjour à tous. Merci de me donner la parole cet après-midi.

J'ai une pratique libérale avec un exercice exclusif en odontologie pédiatrique.

Mais avec les discussions de ce matin, je tenais à préciser que je n'ai pas de Meopa, et que je n'ai pas spécialement de matériel spécifique. Je ne pratique pas non plus d'ODF ou d'interception.

Quand je dis cela à mes confrères et consœurs, ils me demandent alors ce que je fais. Et j'aime bien répondre que je suis un omnipraticien des enfants. J'aime les accompagner jusqu'à 15 ans et les voir grandir au fil des années.

Aujourd'hui, j'ai l'opportunité de vous parler des plus petits, ceux qui ont été inclus dans les M'T dents depuis quelques années.

Ce matin, on l'a entendu parfois, « mais ce n'est qu'une dent de lait ! » L'intérêt de mon intervention se pose puisque ce qui nous intéresse, c'est la denture adulte, sans carie active, sans soins, avec une exclusion fonctionnelle.

Mais c'est nettement plus facile d'atteindre cette denture adulte si on a une denture mixte saine, sans soins, sans carie active et fonctionnelle. La denture mixte est comprise entre la perte de la première dent temporaire, environ 6 ans, jusqu'à la perte de la dernière dent de lait, vers 12 ans. Et c'est beaucoup plus facile d'atteindre cette denture mixte saine si on a une denture temporaire saine.

Souvent, on entend : « ce n'est qu'une dent de lait, vous êtes sûre qu'on a besoin de la soigner, docteur. » Il y a besoin de la soigner.

C'est notre échafaudage pour notre denture adulte. Par exemple, avec cette bouche, quand on reçoit cet enfant à 3-4 ans, le trajet va être beaucoup plus long pour la denture adulte saine.

Mais si vous recevez un enfant qui a cette denture temporaire, à 3, 4 ou 5 ans, on peut malgré tout l'emmener à 15 ans à une denture adulte saine, sans carie, sans soins en bouche. Il y a du travail, je ne vous le cache pas, mais c'est possible. Tout est possible.

À cet âge-là, on peut donner une véritable seconde chance si on a reçu l'enfant avant l'arrivée de la première dent définitive.

Quand une dent définitive arrive dans un contexte polycarieux comme sur cette image, cela va être compliqué. Même si ce n'est pas mon quotidien, j'ai choisi de vous montrer des enfants reçus ces derniers mois avec de nombreuses caries.

Notre objectif, avec les familles et les enfants, est de les inciter à rester et à venir régulièrement pour les contrôles. L'objectif à 15 ans étant zéro soin en bouche, zéro carie pour partir dans les meilleures conditions possibles sur les 90 années à venir.

Ce matin, on a parlé de la manière de faire, tout en se disant que vraiment les enfants, ce n'est pas facile. Si vous savez compter jusqu'à quatre, c'est bon, vous pouvez recevoir un enfant de 3-4 ans. Eux-mêmes savent compter jusqu'à quatre.

Quatre choses que je dis dans mon cabinet qui sont un moyen mnémotechnique pour ne rien oublier. Cette manière de faire montre aux parents qu'on va répondre à toutes leurs questions qu'ils peuvent se poser, et elle est facile aussi pour les enfants.

Examen bucco-dentaire en 4 points

1. Compter les dents. L'enfant, à cet âge, est en train d'apprendre à compter lui aussi. Il est d'accord pour que l'on compte ses dents.
2. Regarder si les dents sont propres. Là encore, l'enfant est d'accord pour qu'on regarde la propreté de ses dents puisque tous les jours, on lui en parle. Forcément, le chirurgien-dentiste va vouloir regarder.
3. Regardez si les dents sont costaudes. L'enfant se dit pourquoi pas.
4. Et regardez comment les dents croquent. Pour l'enfant, ses dents, c'est manger. Et il lui paraît évident que le chirurgien-dentiste va vouloir regarder comment ses dents croquent.

Reprenons chacun de ces 4 points :

1. Compter les dents. Si vous savez compter jusqu'à 20, c'est bon, vous pouvez recevoir un enfant de 3 ans : 20 dents à compter, cela vous prend 20 secondes. S'il y a de petites dents surnuméraires, vous allez en avoir pour 21 secondes.

Cela donne un premier aperçu global, mais aussi beaucoup d'autres informations.

Est-ce qu'il y a déjà eu un traumatisme avec un manque de dents devant ? Est-ce qu'il y a déjà eu des soins dentaires avec une avulsion ? Est-ce qu'il y a des dents en trop, en moins avec une anomalie de nombre. Cela ne devra pas rentrer dans votre plan de traitement à court terme, mais vous en informez le parent – il y a une dent en moins, une incisive latérale temporaire, par exemple – et vous notez cette information. À 3 ans, ce n'est pas très grave. Mais quand cet enfant aura 6-7 ans, je l'adresserai peut-être plus précocement à l'orthodontiste. C'est une information à donner.

2. Regarder si les dents sont propres. Cela ne peut pas être noir ou blanc, propre ou sale. On regarde si c'est propre en haut et en bas, à gauche et à droite.

On demande si l'enfant est droitier ou gaucher, car on est plus fort d'un côté que de l'autre de manière ergonomique. Je dis à mes patients qu'on peut manquer de courage à se brosser les dents et que le but du jeu est que cela dure le moins longtemps possible.

Si on manque de courage, on se met en mode automatique. Aussi, il y a toujours un endroit, en haut ou en bas, à gauche ou à droite, qui est mieux brossé que les autres. Il faut repérer cet endroit pour ensuite adapter nos conseils. C'est le moment aussi où on demande aux parents s'ils aident leur enfant et quel est le dentifrice utilisé pour savoir s'il y a du fluor ou non.

3. Regardez si les dents sont costaudes, s'il y a des caries. Cette information va nous intéresser pour le plan de traitement à court terme.

Les caries devront être soignées maintenant, dans les semaines à venir. Ce n'est pas à une information à noter pour plus tard. Est-ce qu'on a un problème dans l'émail, dans la forme des dents.

Ces informations vont être redonnées aux parents pour adapter la prise en charge. Ici, je parle de la prise en charge du chirurgien-dentiste, mais aussi de celle des parents. Est-ce qu'il y a des points de vigilance à faire valoir, des informations à leur donner pour adapter nos conseils ?

Le Docteur Patrick ROUAS nous parlera plus spécialement tout à l'heure des dysplasies amélaire. Il peut y en avoir sur les dents temporaires, c'est la raison pour laquelle il faut regarder tout de suite et maintenant sans attendre qu'il y ait une carie plus tard qui sera difficile à soigner.

On n'hésite pas non plus à lever la lèvre supérieure. Est-ce qu'il existe un antécédent de traumatisme, un éclat sur le bord libre, une dyschromie sur une des incisives maxillaires ? Le but du jeu est d'éviter la situation de droite.

Si le patient à droite, on lui avait bien expliqué ainsi qu'à ses parents qu'il y avait eu un traumatisme, que cela risquait de gêner l'évolution de la dent définitive, on aurait peut-être un patient avec ses parents qui aurait fait des contrôles plus réguliers. Ainsi, on aurait pu se rendre compte plus rapidement qu'il y avait un problème de chute, de résorption de la racine de la 51 et on aurait pu réaliser l'avulsion et éviter cette situation ennuyeuse pour l'enfant.

4. Regarder l'occlusion : comment les dents croquent-elles ? Sur la photo de gauche, c'est évident que cela ne croque pas bien. Il va falloir qu'on interroge l'origine d'une telle béance ?

On va regarder les fonctions linguales : comment l'enfant déglutit-il ? Comment l'enfant parle-t-il ? Ces signes, vous les avez déjà observés en disant bonjour à l'enfant et en le regardant. Mais ici, on prend le temps de regarder l'environnement buccal dans son ensemble, avec les freins et la gencive.

Avec toutes ces informations recueillies en quatre temps, on va pouvoir établir son plan de traitement avec des soins conservateurs et des soins préventifs. Il y a des actions à mettre en place là et maintenant, comme un détartrage, et de redonner un rendez-vous dans les semaines à venir pour les caries.

Les deux photos d'en bas, ce n'est pas la majorité des enfants de 3 ans. Je ne me souviens plus des chiffres exacts de ce matin, mais pour la majorité des enfants de 3 ans, il n'y a pas forcément de soin conservateur à mettre en place à la suite d'un BVD (bilan de l'état bucco-dentaire).

Bien souvent, il n'y a rien à faire entre guillemets en court terme, pas de soins conservateurs, mais il y a tout le reste. Dans ma pratique, à 3 ans, je ne fais rien, et mon objectif c'est de ne rien faire non plus à 4 et 5 ans.

Lorsque des confrères et consœurs me demandent comment je fais pour soigner des enfants toute la journée parce que cela ne doit pas être facile. Mon objectif est justement de ne pas les soigner. Si l'enfant n'a pas de caries, je ne le soigne pas. Aussi, je n'ai effectivement pas de situations avec des difficultés de coopération. En revanche, les deux enfants du bas, qui sont désormais soignés, si on ne leur donne pas de conseils, à 15 ans, ils auront des caries et des soins en bouche.

Pour ces deux situations du bas, je dis aux enfants et aux parents que soigner les caries, c'est facile. On va y passer 2, 3 ou 4 h en revenant 2, 3 ou 4 fois. Ce n'est pas ces rendez-vous-là qui sont difficiles. Ce qui est difficile, c'est ce que vous allez faire à la maison pour qu'il n'y ait pas de nouvelle carie à de nouvel endroit ? Et là, on aura tout gagné si les parents changent les habitudes alimentaires et de brossage.

Pour nous, c'est une évidence, on en parle depuis ce matin. Le brossage, c'est tous les jours, partout. Mais pour les parents, ce n'est pas si évident que cela. Même si on a l'impression qu'en face de nous, on a une personne qui est tout à fait compétente pour entendre ce qu'on dit, on répète que le brossage doit être quotidien, tous les jours de la semaine sans exception, même le week-end. J'entends parfois les parents dirent que le week-end c'est différent, que chacun est à son rythme.

De la même manière, le brossage, c'est tous les jours avec de l'aide. Est-ce que vous brossez les dents de votre enfant ? Parfois, l'enfant de 3 ans se brosse les dents seul. Les parents disent qu'il est très motivé.

C'est alors que je prends souvent comme comparaison que les enfants arrivent à se brosser les dents partout, en haut, en bas, poussant la joue, faisant les phases vestibulaires quand ils savent écrire en attaché. À ce moment-là, les parents me disent que leur enfant ne sait pas encore écrire.

Alors, je répète qu'il faut l'aider à se brosser les dents, aller partout et pas seulement faire des mouvements horizontaux sur les dents mandibulaires.

On rappelle également que le sucre, ce ne sont pas uniquement les bonbons. Il y a aussi tous les biscuits chocolatés, par exemple.

Parfois, les parents me disent que leur enfant ne mange pas de bonbons et ils ne considèrent pas ces biscuits comme une sucrerie ainsi que le sirop de grenadine a une très petite dose.

Je leur dis souvent qu'il est préférable de boire un sirop de grenadine une fois dans la semaine, par exemple le week-end lors du repas plutôt qu'un petit peu tous les jours, à chaque goûter ou repas. J'insiste sur le fait qu'il faut répéter ces informations simples, car bien que les gens aient l'information, cela n'est pas une évidence.

Cela dit, on personnalise nos conseils.

Dans le cas d'une dysplasie amélaire, si on voit qu'il y a des dents qui peuvent être susceptibles d'être à risque plus élevé de développer une carie, on les montre aux parents. Même si en tant que chirurgien-dentiste, je n'ai rien à mettre en place ni de soins à réaliser à proprement parler, je montre aux parents la dent concernée en leur expliquant que son émail est un peu faible et qu'ils doivent être vigilant au brossage de cette dent, à un changement d'aspect, de couleur ou de quelle que nature que ce soit.

Le frein labial supérieur peut être également une gêne pour le brossage quand on passe en horizontal, et être source de souffrance pour l'enfant. Il faut dire aux parents de brosser à droite puis à gauche en faisant attention aux rétentions alimentaires dans cette zone.

Et enfin, on fournit des conseils pour les fonctions. À 3-4 ans, les suctions non nutritives, avec la tétine, le pouce, le doigt, les deux doigts ou le doudou, doivent s'arrêter. Si les parents sont d'accord en théorie, en pratique, ils soulignent la difficulté de l'enfant à quitter cette succion. Cela se fait par étapes.

Je m'adresse alors directement à l'enfant : est-ce que tu arrives à jouer avec les copains sans ta tétine ? Est-ce que tu vas à la cantine sans ta tétine ? Est-ce que tu arrives à aller en récréation sans ta tétine ?

Souvent, l'enfant répond qu'il ne prend pas la tétine à ces moments-là. Et cela me permet de poursuivre : alors, à la maison, tu n'as pas non plus besoin de la tétine dans la cuisine ou pour jouer avec ta sœur.

Souvent, l'enfant comprend que s'il arrive à jouer avec les copains sans sa tétine, il peut réussir à jouer avec ses frères et ses sœurs sans celle-ci. On le sensibilise, et cela nous est d'une grande aide pour la suite.

La ventilation a déjà été abordée un peu ce matin. Elle se fait par le nez avec la bouche fermée. Si on voit que c'est difficile, cela n'est pas forcément de notre ressort.

En revanche, on le note dans le carnet de santé, on en parle aux parents et on peut adresser l'enfant à un ORL.

Après les choses un peu pénibles qu'on a dites à l'enfant qu'il faut se brosser les dents tous les jours, arrêter la tétine ou le pouce, on ajoute qu'il faut se moucher quand les parents le lui demandent.

On précise à l'enfant qu'il faut que le nez soit vide pour pouvoir bien respirer.

Pour la mastication, on insiste sur son importance, car ce n'est pas non plus une évidence. Il faut rappeler que manger des morceaux, ce n'est pas manger le repas tout préparé où il y a des petits morceaux de pommes de terre.

Manger des morceaux, c'est croquer et mastiquer les aliments. Et quand je leur demande si leur goûter préféré, c'est la compote avec la brioche, à coup sûr, la réponse est affirmative.

Je leur dis que j'aimerais mieux un fruit et du pain avec de la croûte.

Et je ne sais pas si c'est parce que je viens de la Bretagne, mais quand je dis un fruit qui croque, de base, on pense aux pommes.

Et les parents me disent souvent que leurs enfants n'aiment pas ce fruit. Je leur réponds qu'une banane, « ça croque et ça mastique toujours plus qu'une compote », peu importe le fruit, et de réserver la compote pour le pique-nique ou les voyages.

À la maison, c'est un fruit qu'on peut croquer et mastiquer. D'autres conseils du même ordre est de remplacer les pâtes étoiles ou les coquillettes par les grosses pâtes, les serpentini ou les papillons, où il y a de la mâche.

Ces conseils ne nous prennent pas de temps en tant que praticiens dans notre cabinet et sont vraiment essentiels pour les enfants.

Je vous remercie de votre attention et je passe la parole à Michel LE GALL.

Pr Michel LE GALL

PU- PH -- Président de la SFODF

L'objectif de l'intervention précoce à ces âges-là est d'évaluer et d'essayer de prévenir ces malocclusions quand elles se présentent. Et comme l'a dit Cécile, de corriger les habitudes orales que sont la succion non nutritive, la mastication et la ventilation pour une croissance, espérons-le, harmonieuse.

Mais les problèmes courants qu'on rencontre à cet âge sont surtout des décalages de mâchoire dans les dimensions transversale, verticale et antéro-postérieure. Les troubles fonctionnels qui ne sont pas aussi anodins, surtout la ventilation qui est vraiment la dernière des fonctions à être parfois dépitée.

Les conséquences sont au niveau du développement des mâchoires, on pense bien sûr au développement dentaire, mais aussi alvéolaire et surtout squelettique.

Les signes d'alerte sont bien souvent l'espacement et l'encombrement. Est-ce qu'à 3-5 ans c'est vraiment une alerte ? Non, pas réellement. C'est souvent le motif qui pousse les parents à consulter, mais il ne faut peut-être pas aller dans leur sens. En revanche, des bascules de plan, des occlusions croisées sont des motifs importants ainsi que les dissymétries qui peuvent être présentes dès le plus jeune âge.

Ainsi, on doit avoir une orthodontie si possible préventive, mais pas pour satisfaire la demande d'alignement. On peut avoir des thérapeutiques qui sont orthopédiques puisqu'on va essayer de jouer sur la croissance.

Mais à 3-5 ans, ce n'est pas là où le rythme de croissance est le plus important. Il faut modérer ses ardeurs et ne pas penser qu'on va tout résoudre en une fois. On doit surtout avoir des dispositifs qui favorisent la ventilation orale, la mastication unilatérale alternée et, comme l'a souligné Cécile, l'arrêt de la succion non nutritive.

On ventile, on respire le liquide amniotique dès le plus jeune âge. Et vous êtes tous passés, pour ceux qui ont des enfants, par vous poser la question de savoir à quel moment il fallait arrêter la sucette. Je dirai le plus tôt possible.

Infraclusion incisive (béance)

À 5 ans, cela peut être comme sur cette photo.

Si on arrête la succion non nutritive, à 8 ans cela va évoluer comme cela. Le but est d'arriver à 11 ans sans rien faire. La réponse est l'arrêt de la succion non nutritive dès le plus jeune âge.

Faut-il encore qu'à 3 ans, on soit en capacité, je dirai, familiale de le faire. Il est évident que si la personne suce son pouce et en même temps, il y a la maman qui est enceinte ou qu'il y a un bébé de 2-3 mois dont toute l'attention de la famille est centrée sur lui.

C'est chose impossible. Si le contexte est un contexte de divorce, c'est impossible. Si le grand frère est traumatisant, c'est impossible. Si à l'école, cela ne se passe pas bien, ou dès le plus jeune âge, à la maternelle, c'est impossible. Il faut toujours tenir compte de ce milieu environnant.

Les dispositifs

Vous avez à gauche le dispositif miracle qui est arrivé sur le marché. Si on pense qu'on n'a qu'un seul outil dans sa mallette, tout va ressembler à un clou, et c'est là le problème. À un moment donné, on doit adapter le dispositif à la malocclusion.

Et ces éducateurs fonctionnels ne peuvent pas tout résoudre. On a bien sûr une grille anti-pouce, mais à 3-5 ans c'est rarement mis.

Et je vous conseille de tenir compte de ces 4 éléments :

- Le contexte familial,
- La difficulté de mettre un dispositif, la grille anti-pouce, qui peut être coercitif,
- L'éducation fonctionnelle, mais attention à l'observance puisqu'à 3-5 ans, il n'est pas facile de demander à un enfant de garder un dispositif

- Et parfois, le dialogue peut se faire à travers de dessins, d'attitudes : je dessine le pouce de l'enfant, je dessine un monsieur méchant sur ton pouce, je demande de mettre des gommettes de rappel à la maison. Tous ces dispositifs sont accessibles à ces tranches d'âge.

Inversé d'occlusion postérieure

On sait très bien qu'une occlusion postérieure inversée gauche à 5 ans ne donnera rien de bon à 11 ans. Il faut que ce soit dépisté le plus tôt possible pour commencer dès ce jeune âge sans attendre la dentition adulte. Cela peut être un cas où il faut vraiment intervenir.

Occlusion droite normale, gauche en inversé. En ouverture, cela se recentre, et c'est le diagnostic différentiel. Si cela se recentre en ouverture, c'est que c'est fonctionnel et non pas fixé.

C'est rare d'avoir des pathologies de la dimension transversale fixée dès l'âge de 3-5 ans. Je vous montre ce que cela peut donner après. Le dispositif utilisé est un disjoncteur à appui dentaire dents temporaires scellé, ce n'est pas un EF, parce que le diagnostic qui a été posé préconiser ce type de dispositif. Aussi, il faut l'avoir dans son arsenal thérapeutique et savoir bien évidemment le maîtriser.

Proalvéolie incisive maxillaire

Le deuxième cas concerne les proalvéolies incisives.



Sur l'image, vous voyez très bien que cette 51 a été traumatisée.

Le surplomb augmenté majore le risque de traumatisme, majoré partiellement quand on passe de 2 à 5 mm de surplomb. Bien sûr, vous avez des dispositifs qui sont des plaques de Hawley pour lesquelles on rencontre toujours le problème de l'observance.

Vous avez aussi des éducateurs fonctionnels. Faut-il encore arriver à les garder ? Et on arrive à quelque chose qui peut être satisfaisant. Vous voyez très bien, si vous avez l'œil averti, que la classe II n'a pas été résolue, et on ne peut pas tout résoudre à cet âge.

Mais au moins, la proalvéolie a été corrigée et la tenue des lèvres a une meilleure compétence, et forcément avec ses meilleures compétences, il y a une probabilité d'une ventilation nasale plus optimale.

Tendance à la classe III

Le troisième et dernier cas concerne les tendances à la classe III.

Quant à cet âge, un enfant présente ce type d'occlusion, il faut regarder l'hérédité. Bien qu'on sache qu'on hérite faiblement de ses parents, l'épigénétique, notamment dans les classes III, est forte.

Ce n'est pas parce qu'il est comme cela qu'il finira comme cela. Pour moi, c'est une demoiselle qui a une dysventilation et un problème de langue basse.

Si on règle le problème dentaire sans tenir compte des fonctions, cela ne donnera jamais quelque chose de bon.

Vous voyez ces profils qui sont à risque transfrontal tendance à la classe III.

Cela ne reviendra jamais seul, ce n'est pas possible.

Autant une proalvéolie avec l'arrêt d'une succion du pouce ou d'une déglutition atypique, cela peut revenir en partie, autant les classes III, cela ne revient pas.

On peut mettre des dispositifs, mais ce n'est pas gagné.

Vous avez l'évolution de la 31 et de la 41, et ce n'est pas parce que vous avez résolu un problème à 5 ans que dans la phase de transition, un autre problème ne peut pas apparaître. Aussi, il faut être vigilant dans la surveillance de ces enfants : éducation fonctionnelle mise en place, résultats moyens.

Autre personne qu'on a suivie.

Comme elle présente un profil transfrontal, j'ai demandé aux parents des photos d'elle toute jeune. Dès la naissance, on observe qu'elle était en dysventilation : elle a un profil de classe III avec des cernes et une hypoplasie maxillaire.

Le dispositif qui a été mis visait à propulser les dents maxillaires au travers d'une cale de surélévation, dispositif scellé.

Pas de problème d'observance pour corriger et avoir quelque chose de bien calé, mais il est très important d'être vigilant au changement de denture.

Et quand on regarde la demoiselle à 5, 11 et 12 ans, son profil est toujours à peu près le même avec un petit peu de concavité naso-mentonnière. L'important est de surveiller que cela reste stable dans la transition. Parfois, vous avez des chemins d'éruption qui font que la malocclusion se réinstalle malgré un traitement précoce.

Cette demoiselle a 3 ans et 9 mois et présente les mêmes caractéristiques. En revanche, on peut commencer le traitement très tôt ici avec des dispositifs différents. Je ne veux pas m'étendre sur les dispositifs, mais on n'utilise pas les mêmes moyens thérapeutiques, leur choix se fait en fonction du diagnostic. Et le diagnostic est le maître mot.

Ici, on observe qu'à 8 ans ½, elle est en dysfonction. Cela ne sera stable qu'à la condition que sa langue soit contrôlée. Et j'ajouterai que s'il y a un problème de langue, souvent il y a un problème de ventilation.

Collaborations multidisciplinaires

On est une profession, en tant qu'orthodontiste et spécialiste, éminemment médicale.

En premier lieu, je m'occupe surtout de l'enfant dans sa globalité quand il vient et pas uniquement de ses dents.

C'est l'aspect médical de la chose qui prévaut quand un enfant consulte pour la première fois, surtout en bas âge. Et la collaboration multidisciplinaire est importante. L'orthophoniste est essentiel dans cette multidisciplinarité, mais on connaît très bien le problème.

Par exemple, il est difficile d'obtenir un rendez-vous avec un orthophoniste. Qui n'a pas un jour rencontré une personne qui vous dit qu'il n'y a pas de rendez-vous possible, qu'elle est sur liste d'attente, etc. C'est un vrai problème dans ce parcours de soins.

L'éducation des parents est de sensibiliser dès le plus jeune âge leur enfant aux habitudes orales dites normales. La consultation dès le plus jeune âge est recommandée pour identifier les risques et les besoins, mais pas forcément se lancer dans les traitements. Je lutte contre l'acharnement thérapeutique et l'utilisation abusive des semestres de sécurité sociale en bas âge. On ne doit pas arriver avec un enfant de 12 ans qui a déjà 1 an, 1 ½ an de semestres consommés par des éducateurs fonctionnels, sans résultat.

Être préventif par l'éducation, surveiller et agir le plus tôt possible pour préserver, c'est un vœu pieux, le développement naturel et harmonieux de nos enfants.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Merci Professeur LE GALL.

On prolonge sur une autre tranche d'âge, les 6-14 ans, pour parler en particulier des MIH (Hypominéralisation des molaires et incisives).

6 à 14 ans, objectif molaire (dont MIH)

Dr Patrick ROUAS

*Pratique libérale à Bordeaux, MCU-PH Université Bordeaux et
Président de la Société française d'odontologie pédiatrique (SFOP)*

Merci à l'UFSBD pour l'invitation aujourd'hui.

Merci à tous les acteurs présents également pour les échanges très riches.

Tout d'abord, le contexte.

J'assure un lien, entre l'hospitalo-universitaire et le libéral, mais également entre l'omnipraticien et l'exercice odontologique pédiatrique exclusif.

Je vais à présent faire le lien entre la denture temporaire et la denture permanente. Le contexte, c'est le « champ de bataille », entre guillemets, avec une denture mixte, et ensuite à partir de 12 ans, la denture permanente. Je ne vous apprend rien, bien évidemment.

Les six clés :

1. Diagnostiquer précocement. J'ai déjà beaucoup insisté ce matin sur un diagnostic précoce qui permet de mettre en place des thérapeutiques professionnelles préventives, totalement adaptées au patient et au regard du risque encouru.
2. Renforcer les bases c'est-à-dire l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation, les deux fers de lance. Cette action est essentielle étant donné que nous sommes face à des âges critiques.
3. Préserver les tissus, une prise en charge minimalement invasive ou non invasive est prioritaire.
4. Anticiper les risques de traumatisme. Michel va nous en parler tout à l'heure. Encourager la mise en place de protège-dents quand on pratique des sports à risque. Également faire attention avec les proalvéolies maxillaires qui sont également à risque de traumatisme.
5. Identifier les agénésies dentaires et les situations d'interception.
6. Et enfin, assurer un suivi individualisé du patient vis-à-vis du risque encouru que vous aurez défini.

Tout d'abord, la maladie carieuse. J'ai juste voulu faire un focus. L'approche minimale en cariologie est assez bien codifiée. Je ne vais pas traiter de tout ce que va nous présenter le Pr Sophie DOMEJEAN puisqu'elle a beaucoup travaillé là-dessus.

- Le diagnostic précoce,
- L'évaluation,
- La reminéralisation,
- Éviter l'extension de la maladie,
- Les intervalles de suivi individualisé,
- La dentisterie minimalement invasive
- Et la réparation plutôt que la réfection. Là aussi, c'est un point qui est important.

En deux points, focus concernant la maladie carieuse :

1. Prévenir

Quand on arrive à une lésion carieuse dentinaire profonde sur une première molaire permanente), c'est qu'on a véritablement raté quelque chose, que le patient est vu beaucoup trop tard.

Dans ces situations, on prend conscience de tout l'intérêt de l'examen bucco-dentaire de la femme enceinte où l'on peut transmettre un certain nombre de conseils vis-à-vis de l'enfant à naître.

Pour avoir conduit une étude sur le sujet sur plus de 600 patientes en maternité, avec une étudiante, et notamment sur les connaissances concernant la santé bucco-dentaire de l'enfant à venir, on se rend compte qu'il y a vraiment des lacunes chez ces futures mamans. Par conséquent, c'est à nous, avec l'EBD femme enceinte, d'apporter déjà un certain nombre d'informations.

2. Préserver

Si on arrive à cette situation que nous pouvons voir à l'image, on a raté effectivement quelque chose, on aurait dû intervenir plus tôt. Pourtant, on a un arsenal qui permet de répondre à ce cas de figure, avec une prise en charge qui est plutôt médicale que chirurgicale.

Sur cette image, il existe de multiples prises en charge non invasives. On peut voir un scellement thérapeutique. À partir du moment où on n'a pas de cavitation, on peut simplement, avec un scellement de sillon à visée thérapeutique, enfermer en quelque sorte les bactéries, ce qui va empêcher l'apport des nutriments et la croissance de ces bactéries qui ne produiront plus les acides à l'origine de la déminéralisation et de la lésion carieuse.

Les résultats des études à 3-5 ans montrent qu'on a une réduction de la charge bactérienne et une stabilisation de ces lésions. Ces solutions *a minima* sont particulièrement intéressantes aujourd'hui.

Les MIH

Tout d'abord, en haut de la diapositive, ce sont les recommandations internationales publiées en 2022 sur la prise en charge des MIH ; et en bas, c'est une étude que nous avons publiée en 2020 et qui montrait que les praticiens et les omnipraticiens rencontraient des difficultés à faire le diagnostic des MIH.

Les MIH, ce sont des hypominéralisations des molaires et parfois des incisives. Je pense que tout le monde est au fait de cela aujourd'hui bien que 25 % et 48 % pour les orthodontistes des omnipraticiens n'aient pas fait ce diagnostic, dans une étude réalisée auprès de 400 praticiens.

En dix points :

1. Maîtriser

On a constaté qu'il y avait un besoin de formation qui s'explique tout simplement parce qu'on en connaît beaucoup plus sur les MIH aujourd'hui qu'au début des années 2000. Par conséquent, tout un pan des praticiens n'a pas été informés lors de leur formation initiale.

Il faut donc se remettre à jour et maîtriser ces nouvelles données. Se former est important face à des parents qui vont également poser beaucoup de questions. Aujourd'hui, les parents arrivent extrêmement informés au cabinet grâce aux réseaux sociaux. Et nous savons tous que ce n'est pas forcément la bonne manière d'informer parce qu'il faut avoir un regard critique et savoir distinguer le vrai du faux.

2. Dépister

C'est ce dont vous a parlé Cécile précédemment. Dès l'âge de 2 ½ ans, si vous observez une hypominéralisation des 2e molaires temporaires, et bien sachez que lorsque l'enfant aura 6 ans, lorsque ses dents vont sortir en bouche, il aura 5 fois plus de risque d'avoir une MIH.

La dernière étude publiée à l'international allait même jusqu'à 10 fois plus de risque. On a véritablement un indicateur de MIH avec cette 2e molaire temporaire. Mais on peut aussi très bien observer une MIH sans avoir eu ce type de lésion.

3. Diagnostiquer précocement

J'insiste de nouveau, mais quand vous voyez cette dent-là à l'image, il faut agir maintenant, et c'est même peut-être un peu trop tard, on a déjà perdu du tissu. Il faut agir avant même que la dent arrive sur l'arcade, dès l'éruption d'une cuspside qui commence à être atteinte. On va protéger, on va intervenir et on va reminéraliser.

Au niveau du diagnostic des MIH, cette hypominéralisation se manifeste par au moins une tache localisée au niveau d'au moins une 1re molaire permanente associée ou non à des lésions des incisives permanentes. On ne fait jamais le diagnostic par la simple observation de ces incisives. On observe d'abord les 1res molaires permanentes.

Je n'ai pas encore parlé de la prévalence, c'est le cœur du sujet. À l'international, on a 1 enfant sur 7 qui est atteint. Et nous avons publié à l'international la seule étude française qui montre qu'en France, c'est 1 enfant sur 5 ! Notre étude avait été réalisée auprès de 846 élèves scolarisés.

4. Lutter contre l'hypersensibilité

Pour l'omnipraticien, c'est un point clé ! Pourquoi ? Si on ne lutte pas contre cette hypersensibilité, on va avoir un mauvais contrôle de la plaque dentaire à cause des douleurs induites lors du brossage.

L'enfant va finir par ne plus se brosser les dents dans les secteurs postérieurs, et ces zones vont se carier extrêmement rapidement. Cela va ensuite majorer l'anxiété vis-à-vis des soins au fauteuil. Bien que sur ce dernier point, les dernières études montrent qu'il n'y a pas forcément de consensus aujourd'hui sur le sujet de l'anxiété.

L'action que l'on peut mener contre l'hypersensibilité est de reminéraliser en appliquant un vernis fluoré avec un protocole spécifique. On peut également utiliser les scellements de sillons qui vont, selon les travaux de Katrin BEKES, lutter contre cette hypersensibilité en protégeant la dent.

On peut utiliser un scellement de sillon avec une étape supplémentaire, incluant la pose d'un système adhésif.

Autre alternative, dans les cas difficiles, avec une coopération compliquée du patient, on peut utiliser la technique Finger Press : cela correspond à la mise en place d'un verre ionomère (CVI) qu'on vient écraser avec un doigt ganté recouvert d'un produit gras.

Puis, on retire latéralement le doigt.

Ce CVI va permettre de protéger la dent et d'avoir une action de reminéralisation directement au contact de celle-ci grâce au réservoir en fluor *in situ*.

5. Renforcer pour lutter contre l'hypersensibilité et contre la perte tissulaire

Madame Cazeneuve l'a dit ce matin, on a un seul capital dentaire. Et le but est de tout mettre en œuvre pour éviter de perdre du tissu.

À partir de là, on se rend la prise en charge plus facile et la suite devient un accompagnement. Il n'y a plus de problème, mais pour cela il faut voir les enfants suffisamment tôt !

6. Prévenir

C'est simplement encore une fois intervenir suffisamment tôt pour éviter d'en arriver là. Dans les MIH, on a 6 fois plus de risque d'avoir des lésions carieuses qui vont démarrer préférentiellement au niveau des taches.

Ce n'est pas neutre quand on a 1 enfant sur 7 qui est atteint.

7. Intercepter

C'est mettre en place un matériau, un verre ionomère hybride de haute viscosité, associé à la pose d'un vernis fluoré par-dessus pour charger ce verre ionomère en fluor et obtenir un réservoir de fluor in situ au contact de la dent.

Cela va être très bénéfique pour notre patient dans le cadre de son suivi. On également peut utiliser, je laisserai le professeur Hervé TASSERY développer cela, le fluorure diamine d'argent qui permet de littéralement geler la lésion carieuse. C'est de l'interception qui va être extrêmement intéressante.

Et nous avons des publications aujourd'hui, sur les MIH, comme ici, où on vient « geler » la lésion carieuse qu'on peut recouvrir par un CVI.

C'est une technique SMART qui donne d'excellents résultats.

8. Restaurer

Il y a des choses extrêmement importantes à mettre en œuvre à ce niveau-là comme le protocole d'adhésion. Je me réfère à une publication de l'équipe du Professeur Elisabeth DURSUN de 2020.

On nous explique bien qu'il y a un consensus : après avoir appliqué votre mordantage et l'avoir rincé, vous allez déprotéiniser la lésion avec de l'hypochlorite de sodium à 5 % pendant 1 minute, puis vous allez rincer cet hypochlorite de sodium pour ensuite mettre en place votre système adhésif et votre restauration.

Et en faisant cela, vous allez optimiser les forces d'adhésion et vous allez les augmenter significativement. Sinon, cela a plus de chance de se décoller, comme vous avez pu le voir.

Le positionnement des limites

Il faut éviter de positionner une limite de restauration au niveau d'un émail qui est brun et atteint sinon vous allez avoir des infiltrations secondaires à coup sûr à ce niveau-là. Ces échecs de restauration sont majorés significativement avec les MIH. Là aussi, c'est prouvé.

9. Extraire ou pas

On peut aujourd'hui extraire des 1res molaires permanentes qui sont très atteintes ou qui seraient conservables, mais que l'on va tout de même extraire.

Pourquoi ? Pour faire repartir nos jeunes patients avec des « dents neuves », en langage patient...

S'ils disposent d'une 3e molaire qui est en bon état, avec une morphologie correcte, qui suit une évolution normale, à ce moment-là, on va pouvoir extraire la dent et faire translater vers l'avant la 2e molaire et la 3e molaire.

À l'arrivée, on peut obtenir des arcades complètes, saines, et c'est quand même donner et offrir une véritable chance à notre jeune patient.

10. Sourire

Enfin, je terminerai là-dessus parce que cela me tient à cœur : ne pas passer à côté des souffrances psychologiques ! On a énormément d'enfants qui sont adressés parce qu'ils ne sourient plus.

C'est notre rôle de faire en sorte, avec une intervention minimale, de venir leur redonner le sourire.

C'est extrêmement important parce qu'à cet âge, on construit sa personnalité. Si on est « bloqué » par ce genre de problématique, vous comprenez bien que derrière, cela peut poser d'importants problèmes.

Je termine en rappelant la prévention, le diagnostic précoce, l'intervention minimale et ces deux points : lutter contre l'hypersensibilité et tout faire pour éviter la perte de tissu. Je vous remercie.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Merci Docteur ROUAS pour cette intervention qui retrace en dix minutes les grands points développés habituellement sur une journée de formation. Et on retrouve à nouveau le Professeur Michel LE GALL.

Interception ODF quand agir

Pr Michel LE GALL

PU- PH -- Président de la SFODF

Avant de commencer, je voulais rappeler que j'ai 41 ans d'exercice en pratique libérale conjuguée depuis 4 ans à une pratique hospitalo-universitaire. Ce qui me permet d'avoir les deux casquettes.

Qu'est-ce que l'interception ?

C'est un acte thérapeutique simple permettant d'obtenir une correction partielle ou totale d'une dysmorphose déjà installée ou d'empêcher son aggravation.

Ce dernier point est très important. En principe, ce traitement orthodontique est dit précoce parce qu'il commence avant l'établissement de la denture définitive afin de réduire la sévérité et la complexité des traitements futurs, et surtout d'avoir un impact important en ce qui concerne la santé publique en odontologie. Pourquoi ? Pour éviter toujours le surtraitement.

Quand agir ?

En principe, il y a un âge clé qui est 6-8 ans et qui correspond à l'éruption des premières dents définitives, mais cette période peut s'étendre jusqu'à 10-11 ans.

Aussi, il n'y a pas véritablement de limites parce qu'on ne voit pas forcément toujours les patients à 3, 5 ou 6 ans. On les voit parfois à 10, 11 ou 12 ans.

Certains signes sont annonciateurs d'un commencement précoce. Bien sûr, on doit cibler le moment idéal pour intervenir.

La notion de croissance est alors le maître mot dans les thérapeutiques orthopédiques. Nous avons des indicateurs tels que la radio de la main, qui est complètement oubliée maintenant, parce qu'on s'est aperçu qu'en faisant une radio de la main droite et gauche, on n'avait pas le même stade d'ossification pour la même personne.

Cela est un peu délicat de constater que d'un côté, l'enfant a 9 ans, et de l'autre, 11 ans. En revanche, pour déterminer la croissance de l'enfant, on a une radio des cervicales avec le stade de BACCETTI, les signes que sont bien sûr la ménarqué pour les femmes, la taille ainsi que les caractères sexuels secondaires. On avait la courbe de BJÖRK, mais on s'est aperçu que la courbe de TANNER est bien plus précise, ce qui vous permet d'observer qu'on a un prépic aux alentours de 8 ans.

L'équilibre fonctionnel au cœur de notre problématique.

La première des fonctions regardées, c'est la ventilation. Les signes d'un ventilateur oral sont les cernes sous les yeux, l'incompétence labiale ou l'hyper contraction à droite. Si vous avez un enfant qui transpire, qui a besoin d'un verre d'eau quand il va se coucher, qui a la bouche sèche au réveil, qui bouge dans son lit, qu'il a des cernes sous les yeux, vous avez tous les signes d'une dysventilation.

Rappelez-vous que la ventilation est là pour réchauffer l'air, la filtrer et bien sûr elle a aussi une fonction au niveau des muqueuses nasales, que peu de personnes connaissent qui est la fabrication de monoxyde d'azote. Ce gaz forme un système qui est antibactérien, antiviral et qui en plus est un dilatateur des bronches. Ainsi, le fait de ventiler par le nez permet forcément de mieux respirer et de ne pas avoir cette notion d'ouverture buccale nécessaire à la survie.

Pour la déglutition, tout un chacun est à même de diagnostiquer ce trouble qui est assujéti à la ventilation. N'essayez pas de régler un problème de déglutition si la ventilation n'est pas au rendez-vous, ce sera un échec.

De la même manière, sur cette image, on peut se poser la question suivante : comment cet enfant serre-t-il ?

On observe une latérodéviation à gauche ? J'étudie son chemin de fermeture et je vois qu'il y a un point d'interférence et une prématurité qui va être au niveau de la 63. Comment la régler ? Cela peut être par un simple meulage, peut-être de l'expansion ou de la réouverture. La notion de diagnostic est essentielle pour appliquer la solution adaptée.

Les signes d'alerte

Les signes qui doivent alerter sont bien sûr les anomalies d'éruption d'où la nécessité d'une radiographie panoramique le plus tôt possible. Le comptage se fait grâce à cette radio. Sans cela, vous avez parfois des dents temporaires qui restent en place et le diagnostic, après un trauma, parfois pas évident, est un retard d'éruption dû par exemple à des dents surnuméraires ou autre chose.

On observe sur cette image un enfant vu à la clinique. On a actuellement des moyens, certes invasifs, mais nécessaires. C'est une non-évolution des incisives due à un traumatisme. Qu'est-ce qu'on a mis comme dispositif ? Une mini plaque qui est positionnée dans la région mentonnière avec un dégagement de la 21, un système de traction et on se sert de cette unique plaque pour tracter. Ce sont des moyens novateurs, mais qu'il faut bien connaître pour les mettre en œuvre et pour arriver à un résultat. Regardez son sourire avant et après. Comme le soulignait Patrick ROUAS, cette notion d'intégration sociale est à prendre en considération. Cet enfant vit différemment maintenant.

Autre cas, l'erreur des chirurgiens-dentistes est de parfois sous-estimer une problématique initiale. Le patient vient en consultation avec cette dentition. Si on regarde la radio de 2019, on se rend compte que les 11, 12 et 13 n'ont pas évolué, mais que la 21 est déjà en place ainsi que la 22. Pourquoi attendre ? En ayant attendu 2 ans, regardez le résultat : il y a une inflammation du sac alors que l'attitude juste aurait été d'extraire les dents.

Et nous, on récupère l'enfant en 2023, vous imaginez ? 4 ans d'attente pour mettre en œuvre le traitement adéquat.

Au travers d'une 3D, image essentielle pour évaluer la mécanique à mettre en œuvre, il a été nécessaire de tracter bien sûr avec les moyens que j'ai développés précédemment : mini plaques, dégagement et filtration.

Les signes qui doivent nous alerter sont les suspicions d'agénésies, ici deux dents sont retenues. Toujours réaliser la radio panoramique.

Rien n'est anodin sur cette radio.

Et parfois, vous êtes confronté à des décisions précoces pour les agénésies.

Faut-il extraire ou pas la dent controlatérale présente.

On peut extraire une 22 quand la 12 est absente, on a de bons résultats. C'est un traitement de substitution des latérales par les canines. Qui peut dire qu'il y a deux canines ? Si on regarde, oui, mais dans l'intégration globale, non. Des solutions précoces peuvent être mises en œuvre.

Les DDA (dysharmonies dento-arcades) ne présentent parfois aucun signe. Sur cette image, on a l'impression que c'est une 14, mais c'est une 13. On a un manque de place qui est très important. Il ne faut pas hésiter à extraire les dents définitives. Il n'y a pas de techniques modernes qui évitent les extractions.

On ne peut pas entendre ce type de message : « en 2024, on ne doit pas extraire ».

On doit extraire dans certains cas, cela n'appauvrit pas le profil. C'est une question de maîtrise de la mécanique. Et là, une simple radio est insuffisante pour évaluer la situation de cette 13.

Et la 3D nous montre qu'on a peut-être une résorption importante de la 12. Et quand la dent est extraite, il y avait non seulement la 12 qui était résorbée, mais aussi la 22. C'est un traitement où il y a eu 2 extractions : la 12 et la 22.

On doit aussi identifier la dysmorphie dans les trois dimensions de l'espace. Pensez à TVA pour transversale, verticale et antéro-postérieure.

La dimension transversale

Pour les occlusions inversées (l'endoalvéolie), le dispositif est une plaque de HAWLEY ou un QUADÉLIX.

De la même manière que précédemment, il faut maîtriser l'outil. Sur la diapositive, à gauche, c'est de l'observance, le dispositif peut être enlevé. Il y a un problème aussi d'impact au niveau du palais, puisque la langue est gênée par la mise en situation. À droite, c'est un QUADÉLIX qui est une mécanique plus précise, plus délicate, mais très efficace.

Quand ce sont des cas d'endognathie, on utilise un autre dispositif. On met à ce moment-là des disjoncteurs pour obtenir l'écartement désiré au niveau osseux. On n'a pas un seul outil, on a qu'une question de diagnostic. L'outil est approprié au diagnostic. J'insiste là-dessus.

La chose la plus importante est la déviation des milieux. Dès qu'il y a un signe cutané d'une déviation, cette demoiselle à gauche, son point menton. Il faut toujours regarder en position de repos pour savoir si cette déviation est réductible et faire le diagnostic différentiel avec une latérogathie, qui serait bien sûr redevable d'une chirurgie.

La dimension verticale.

Les supraclusions, les morsures palatines peuvent être réglées avec ces dispositifs, des plaques palatines rétro incisives, mais aussi avec des EF.

La morsure palatine est parfois un motif de consultation ou des taquets de ce type-là.

L'infraclusion est causée la plupart du temps par la déglutition, une succion non nutritive. Sur cette diapositive, elle est réglée par la motivation et une grille anti-pouce. Cela se résout quasiment seul à condition bien sûr que la ventilation soit au rendez-vous.

La dimension antéro-postérieure.

Les inversés d'occlusion sont à corriger le plus tôt possible avec un dispositif simple, une plaque de Hawley et des ressorts pour pousser. Un résultat qui ne donne peut-être pas l'alignement parfait, mais qui donne des conditions favorables au développement global de l'arcade. Il ne faut pas toujours chercher l'esthétique pour des âges si jeunes.

Enfin, l'orthopédie dans les cas sévères de classe II : il est évident que cette dysfonction labiale avec la mise en charge des incisives maxillaires par la lèvre inférieure est un problème et qu'il faut mettre des dispositifs orthopédiques de manière à obtenir quelque chose de plus harmonieux avec une compétence labiale.

Mais dans certains cas de figure, la dysmorphie est tellement sévère qu'il faut penser à une autre solution. Dans le cas présent, cette demoiselle, j'ai choisi exprès des photos en couleur parce qu'en principe on doit avoir des traces d'œdème léger. On la voit à différentes étapes de sa vie orthodontique jusqu'à la fin du traitement. À gauche comme elle était, elle a été opérée en cours de croissance, à 13 ans.

On appelait avant cela des chirurgies précoces.

Maintenant, ce sont des chirurgies dites en cours de croissance. Ne me dites pas qu'il y a encore de la croissance résiduelle et qu'on opère trop tôt. C'est un faux problème. Il y a une croissance qui est différente.

Vous allez réorienter le patient sur la voie d'une croissance équilibrée. Elle continuera de grandir, mais sans la dysmorphie initiale et sans le cadre dysmorpho-dysfonctionnel. C'est cela qu'il faut voir. Alors, ne dites pas « si c'est opéré tôt, cela va récidiver ». C'est faux. Les modifications apportées par la chirurgie orthognatique n'auraient jamais pu être obtenues avec de l'orthopédie.

Quel plan adopter ?

Il faut poser un diagnostic précis. Je peux comprendre les omnipraticiens qui font de l'orthodontie, mais il faut avoir les mêmes règles que les orthodontistes, c'est-à-dire les diagnostics, les éléments cliniques et un nécessaire radiologique numérique si possible.

Adopter les bons dispositifs orthopédiques ou parfois savoir les reporter quand le cadre familial n'y souscrit pas.

Vous devez penser à la contention dans cette première phase. Qu'est-ce qui va se passer quand j'arrête un traitement à 8 ans jusqu'à l'établissement de la denture adulte ? Est-ce que cela va récidiver ? C'est possible. Aussi, on doit avoir une approche personnalisée.

On doit avoir en principe une réduction des traitements lourds au travers de cette première phase. Il faut dire aux parents que cette phase n'est pas un réglage total de la dysmorphie, mais une première étape, il y en aura peut-être une seconde.

En principe, on va avoir une amélioration fonctionnelle, mais pas tout le temps esthétique. Il ne faut pas mettre pas en avant l'esthétique d'un traitement, c'est une erreur.

Enfin, toujours de l'éducation préventive au niveau fonctionnel.

Dans les vœux pieux, c'était l'interception : détecter et traiter précocement les malocclusions nécessitent un diagnostic précis, c'est une question d'étiologie. Et le second objectif, qui nécessite différents outils, est de réduire la sévérité et la complexité des traitements futurs.

C'est une évidence.

Et enfin, l'importance de la santé publique nécessite des temps de traitement contrôlés. On ne peut pas mettre un éducateur fonctionnel pendant 4 ans, cela n'est pas possible, et cela n'est pas entendable.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Merci Professeur LE GALL.

On aborde maintenant l'âge des 15-25 ans avec cette thématique : maintenir le lien et autonomiser. Docteur Romain JACQ, c'est à vous.

15 à 25 ans, maintenir le lien et autonomiser

Dr Romain JACQ

Pratique libérale à Rouen, MCU associé Université de Rouen

Merci beaucoup.

Merci à Benoît PERRIER de m'avoir confié cette mission, même si le jour où il m'a appelé, je me suis demandé comment j'allais pouvoir y répondre.

En préparant cette intervention, j'ai retrouvé deux colloques : l'un en 2002 sur les adolescents, l'autre en 2009, sur les jeunes adultes. Il y a déjà eu deux colloques sur cette thématique.

Et finalement, ce qui se disait en 2002 et en 2009 est presque identique à ce que je vais dire aujourd'hui. Mais rassurez-vous, certaines choses ont changé.

L'adolescence est une période de transition difficile, aux contours assez flous. Le Petit Robert la définit comme étant située entre la puberté et l'âge adulte.

À chaque fois, on se réfère aux adolescents appartenant aux générations X, Y.

Et pour nous, pour les soins bucco-dentaires chez les adolescents, ce sont des dents permanentes c'est-à-dire des dents d'adulte, mais avec peut-être encore un corps d'enfant. Dans cette période de la vie, il y a énormément de changements physiologiques et psychologiques.

Qui n'a jamais entendu parler de la crise d'adolescence, qui existe bien sûr. Et des changements aussi dans les interactions sociales parce qu'on commence à se comparer beaucoup plus aux autres.

Cette période a ses propres codes et elle peut être difficile. Alors j'ai interrogé autour de moi des confrères et des consœurs sur ce qu'ils pensaient des adolescents ? « Pour les adolescents, bonne chance ! » me dit Emma [personne virtuelle] qui est spécialisée en ontologie pédiatrique.

Je me suis alors tourné vers un omnipraticien [personne virtuelle] : « Les adolescents, bonne chance ! »

Bon, rassurez-vous, aucun dentiste n'a été maltraité pour obtenir ces témoignages. Je me suis demandé si c'était ce qu'ils pensaient vraiment dans la réalité.

Aussi, je me suis tourné vers la littérature : les adolescents consultent-ils plus ou moins souvent le chirurgien-dentiste ?

La première étude après 10 ans de M'T dents qui vient de paraître et qu'a réalisé le Docteur Anne-Charlotte BAS, elle l'a appelé Lov'U'r Teeth. On voit en suivant la ligne jaune qu'il y a un petit peu moins de participation des 15 ans contrairement à ce matin.

D'autres chiffres du MSA, de l'ORS dont on a parlé ce matin, mais avec d'anciens chiffres et j'attends les nouveaux chiffres pour pouvoir aller un peu plus loin et les comparer. Mais cela fait quand même aussi des populations qui ont plus de mal à aller chez le dentiste.

Pourtant, si on s'intéresse au recours, aux traitements ODF, si on regarde cette étude qui est en cours de publication à nouveau par le Docteur Anne-Charlotte BAS et si on regarde tous les types de traitement, sur la 2^{ème} colonne, on voit qu'il y a 26 % de sa population.

Ces données issues de l'EGB sont un peu plus anciennes que celles du SNDS. Mais on a 25-26 % qui font un recours aux cabinets dentaires. En revanche, si on prend l'orthodontic care, on se rend compte qu'il y en a très peu à l'âge de 6 ans et que cela augmente avec un pic autour de 12 ans c'est-à-dire qu'on a quand même un recours au traitement et au suivi orthodontiques.

Et je vous disais qu'entre 2002 et 2009 et aujourd'hui, il y a eu des changements parce que les adolescents et les jeunes adultes sont maintenant très influencés par les réseaux sociaux, avec leur lot de désinformation, de publicités et de pratiques abusives sachant qu'ils passent 7 h 20 sur les réseaux sociaux.

L'UFSBD a publié sur son site il y a 3-4 jours un article disant que plus les patients passaient de temps sur les réseaux sociaux, plus leur risque carieux est élevé. Sans parler de son lot de problèmes qu'entraînent les réseaux sociaux : dépression, anxiété, dysmorphophobie.

Et un tout petit truc peut prendre des proportions énormes.

Hier, je voyais en consultation une patiente âgée de 14 ans qui avait un tout petit angle de dent cassée lors d'un choc.

Ses collègues se moquant d'elle, n'ayant pas les mêmes dents que sur les réseaux sociaux, cette situation a pris des proportions considérables. D'autant que sur les réseaux sociaux, on trouve énormément de choses comme des bijoux dentaires, des Grillz. Il n'y a pas uniquement Joey Starr qui en porte, mais il y a 225 000 000 de personnes qui ont entendu cette chanson sur YouTube qui fait l'apologie des Grillz.

Et en plus, si on va un peu plus loin sur ces réseaux sociaux, on a une somme de contenus non validés scientifiquement.

Sauf que les adolescents, les jeunes arrivent en consultation avec ces informations. Il est assez facile de déconstruire les propos d'une influenceuse qui dit qu'il faut se brosser les dents avec du citron ou mettre des choses dans son dentifrice. En revanche, c'est plus délicat quand c'est un confrère, un confrère, qui dit qu'il ne faut pas utiliser de dentifrice au fluor parce qu'il faut rester confraternel tout en montrant que l'information est différente.

Ces réseaux sociaux amènent aussi forcément des impacts sur l'apparence physique et ceux liés aux malpositions d'où le recours aux orthodontistes qui peut être important.

Il ne faut pas oublier la maladie carieuse qui peut être sous-jacente avec un contrôle de plaque souvent difficile.

Quand vous voyez de la plaque, le patient lui voit des dents blanches. Il faut y penser.

Les facteurs de risques spécifiques à ces adolescents :

- Une hygiène bucco-dentaire irrégulière,
- Une alimentation déséquilibrée : c'est une phase d'autonomie, d'opposition aussi et d'indépendance où l'argent de poche qui rentre quand même plus facilement peut être utilisé à acheter un certain nombre de choses.
- Les troubles du comportement alimentaire, qui peuvent être assez cachés et individualisés, peuvent provoquer, en ce qui concerne les risques érosifs, des pathologies très importantes.
- Les conseils parentaux ont un moindre impact.
- Des expérimentations nouvelles : tabac, alcool, drogue, piercing, sexe. J'en profite pour rappeler que les chirurgiens-dentistes sont impliqués dans la prévention de l'HPV, et que l'UFSBD soutient ces actions.
- Et enfin l'appareillage ODF avec des difficultés à brosser autour des appareils orthodontiques.

Ne pas oublier que le milieu professionnel des jeunes adultes peut avoir une influence particulière, notamment celui des boulangers.

Et il peut être intéressant d'initier des actions d'Aller vers justement ces professionnels. Le sport à travers les réseaux sociaux prend de plus en plus d'importance comme des sites comme Strava où il faut toujours montrer qu'on est le meilleur.

Mais cette recherche constante de performance entraîne aussi une consommation de sucre et de boissons énergétiques. Et moi le premier, lorsque je fais des trails très intenses, il est nécessaire parfois de prendre du sucre toutes les 5 minutes pendant 24 h. Mes dents étaient à la fin dans un drôle d'état.

Aussi, on a vu que cette consultation qui était très dentaire s'oriente de plus en plus vers une demande pour un traitement orthodontique. Nos patients nous disent souvent qu'il n'est pas nécessaire de voir un dentiste dans la mesure qu'ils vont déjà voir un orthodontiste.

Je leur rappelle qu'il est nécessaire d'aller voir un dentiste, pour éviter les complications. Cette prévention avec un brossage doit être maintenue en permanence. Sur cette photo, vous avez une déminéralisation, assez typique, après un traitement orthodontique qui aurait pu être évitée par de la prévention.

Pour une prise en charge comportementale et pour une sensibilisation plus importante, cela nécessite de ne pas être dans le jugement, de faire attention à donner une place et de centrer son attention sur ces jeunes.

Parfois, il peut être difficile de sortir les parents de cette relation parents-enfants et de leur faire comprendre que l'autonomie de ces jeunes est une chose importante. Leur santé orale aura tout à y gagner aujourd'hui, et encore plus demain.

Et en même temps, il faut également travailler avec les parents sur leur rôle de soutien qu'ils ont auprès de leurs jeunes, qui sont encore mineurs et sur leur rôle de contrôle en ce qui concerne l'argent de poche.

Il faut aussi adapter les supports de communication parce que, comme je vous le disais tout à l'heure, les réseaux sociaux sont pleins de contenus qui ne sont pas validés scientifiquement, mais ils restent une source d'informations pour les jeunes.

Par ailleurs, sur YouTube, on peut retrouver des contenus comme ceux de l'UFSBD et d'Elmex®. Le chirurgien-dentiste peut y jouer un rôle prépondérant et s'en servir pour éveiller la conscience des jeunes par ses vidéos.

Il ne faut pas hésiter à décrypter avec le jeune une vidéo. Cela peut être intéressant et faire partie à mon sens de cet examen bucco-dentaire.

Et cet EBD peut se prolonger en conseillant des supports et en guidant le jeune sur l'utilisation des réseaux sociaux. Un jeune qui partage sur son réseau social une information vérifiée, ce seront 3, 4 ou 5 jeunes qui seront touchés au passage.

En pratique, cet entretien clinique est très important pour réussir à prendre connaissance des facteurs de risque éventuels. Pour la détermination du risque carieux, il faut un examen clinique et un examen radiologique.

Pour l'examen radiologique, beaucoup de jeunes disent qu'ils ont déjà eu une panoramique avec l'orthodontiste, mais cette radio n'est pas suffisante dans cette situation.

La réalisation de rétrocoronaire est indispensable avec la petite difficulté que les appareillages orthodontiques peuvent empêcher de voir les espaces inter-proximo.

On a la chance que maintenant il y a de plus en plus de dispositifs qui sont faciles à enlever qui nous permettent, en cas de doute, d'aller facilement faire nos rétrocoronaires.

Et enfin, cette phase de diagnostic de la maladie carieuse va permettre d'orienter vers une prévention personnalisée.

On en a eu quelques éléments autour de l'hygiène orale, la fluoration, l'alimentation et la consommation du sucre sous toutes ses formes ainsi que sa fréquence de consommation. Et c'est vrai que cette notion de fréquence est peu interrogée ainsi que les autres habitudes néfastes comme le tabac.

Et ensuite, il faut mettre en place un traitement personnalisé bien sûr, en commençant par les soins conservateurs, parfois les soins prothétiques malheureusement et enfin l'ODF.

Cela ne se fait que si on a un suivi de nos patients et qu'ils sont motivés. Et l'idée pour la nouvelle Génération sans carie qui arrive c'est de les avoir tous les ans. Cela est beaucoup plus facile que de les avoir à 3, 6, 9, 12, 15 et 18 ans.

Les adolescents, qui ont pris l'habitude d'avoir leur rendez-vous à 16, 17 et 18 ans, prendront plus facilement leur rendez-vous à 19 ans de manière autonome. C'est cette autonomie que nous devons rechercher en tant que chirurgien-dentiste lors de la consultation avec le jeune en le lui rappelant.

En conclusion, l'adolescence est une période critique ainsi que celle du jeune adulte. Et cela nécessite une approche adaptée, préventive et éducative.

Une dernière question pour Michel LE GALL.

Nos patients, nos jeunes patients, ils ont notamment des contentions qui se décollent régulièrement. Qui doit intervenir ? Que doit-on faire ? Je vous laisse la parole.

Pr Michel LE GALL

PU- PH Aix Marseille Université et Président SFODF

Le suivi est effectivement très important parce que souvent, les parents comme les enfants pensent que l'orthodontiste est un suivi de chirurgien-dentiste.

Or, ce n'est pas parce qu'ils vont chez l'orthodontiste qu'ils ont forcément des contrôles.

Nous, nous imposons pendant le traitement orthodontique, une visite tous les 6 mois chez le chirurgien-dentiste surtout pour des dispositifs comme les bagues.

Qu'est-ce que la contention orthodontique ?

En principe, l'objectif est de prévenir les récurrences, et surtout de maintenir les résultats obtenus après tant de temps. La stabilité à long terme, c'est une chose essentielle, notamment au niveau des dents. Première des choses que les gens regardent, c'est leur alignement et surtout la position des mâchoires, parce que cela peut parfois passer au second plan. Enfin, les supports parodontaux sont au centre du problème. Il faut s'adapter à une nouvelle situation dentaire. Cela a duré 2 à 3 ans parfois, mais a été quand même violent, et l'ensemble doit être harmonieux.

Pour les différents types de contention, vous avez soit du fixe, soit de l'amovible, soit une combinaison des deux.

Je vais passer en revue les indications pour chaque type de contention. Normalement, la fixe est celle qui donne le plus de stabilité des dents.

Souvent, elle est utilisée dans les cas d'encombrement pour éviter la récurrence. L'amovible, c'est quand il y a moins de risque de récurrence, mais parfois il y a l'observance qui est au centre du problème.

On demande à des enfants de porter un dispositif alors que la contention est souvent vécue comme la fin du traitement. Si on a vécu 2 à 3 ans avec des bagues et qu'on n'en peut plus, quel que soit le dispositif, la contention passera au second plan.

Et enfin, les besoins du patient, la morphologie dentaire et les préférences du patient rentrent en jeu. Il faut imposer un dispositif amovible que dans la mesure où il peut être supporté.

En principe, la durée de la contention est quasiment à vie.

Il y a une surveillance chez l'orthodontiste 1 à 2 fois par an. On pense système à vie, c'est difficile, mais c'est comme cela qu'il faut le voir.

Les facteurs influents sont surtout l'âge, la sévérité, la malocclusion initiale, qui est un point très important, et bien sûr la conformité du patient aux exigences de l'orthodontiste. Et enfin, les

contentions, à visée pérenne, doivent être aménagées dans le temps : on ne peut pas garder la même contention ou si elles ne peuvent pas être surveillées de manière régulière.

Les différents types de fil sont l'acier inoxydable, le titane et le nickel-titane. Le choix se fait en fonction de la flexibilité, de la méthode de collage, en méthode directe ou indirecte, et aussi en fonction de l'utilisation faite par l'orthodontiste, du patient et surtout de l'hygiène.

On va adapter nos systèmes de contention.

Le contrôle est essentiel. Rares sont les patients qui viennent régulièrement dans l'année qui suit la fin de traitement. Aussi, on les voit au-delà quand il y a des problèmes décelés, souvent des casses de fils ou des déplacements dentaires ou des réouvertures d'espace.

Les conseils pour l'entretien des contentions fixes sont essentiels. Souvent l'enfant ne les voit pas, il faut les lui montrer sur les faces linguales. Bien évidemment, ce n'est pas ce qui transparaît dans un miroir.

Adaptations toujours nécessaires en changeant en fonction du décollement, des usures, des dispositifs.

Les problèmes de récurrence résultent souvent des dysfonctions et des para-fonctions. Des fils cassent par onychophagie, par ses mouvements perpétuels sur les dents. Sur cette photo, le motif de consultation de cette personne n'était pas du tout la béance, le décalage de classe II, c'est la réouverture du diastème.

La contention s'est cassée entre la 11 et la 21, et insensiblement, l'espace s'est réouvert et a justifié une visite. Il faut être vigilant à cela.

Cas cliniques

Voilà classiquement ce qu'on connaît, la plaque de Hawley.

Y a-t-il un problème d'observance ?

Il y a un problème aussi de positionnement de la langue : la langue est engrammée pour être au niveau de la papille bunoïde.

Il faut mettre un évidement, comme vous le voyez en bas à gauche. C'est une possibilité pour cette langue de retrouver un espace, mais cela sert dans des cas de manque dentaire, absence de la 12 ou de la 21 pour traumatisme. Ce dispositif peut parfois rendre service.

Les positionneurs, il faut abandonner ces dispositifs. On a fait deux études faites par des internes concernant ces positionneurs. C'est le pire des moyens pour contenir des dents. C'est un moyen simple qu'on sort d'un tiroir, on regarde une mesure, et c'est parti en disant au patient « débrouille-toi ».

La gouttière est un moyen confortable, surtout si on est dans un traitement avec une gouttière. C'est dans la continuité et on s'adapte aux exigences dentaires à condition que l'observance soit là.

Pour les fils de contention, il existe deux méthodes de pose : indirecte et directe. Bien sûr, on obtient plus de précision avec une clé de transfert, c'est une évidence. Les types de fil que l'on a à notre disposition ici, ce sont des fils d'ancienne génération, des fils actifs que l'on plie manuellement.

Il faut faire attention, car ces fils ne sont pas totalement amorphes, avec des risques qu'on appelle le syndrome du fils.

Que signifie le syndrome du fils ? C'est un fils qui, inlassablement, parce qu'il n'a pas été contraint dans de bonnes conditions, va restituer une partie de son élasticité en entraînant des déplacements dentaires. Ce n'est pas une récurrence du traitement, mais un autre problème qui apparaît. Préférez des fils amorphes adaptés manuellement sous forme de tresse ici à droite, ou de maillons à gauche. Je ne parlerai pas des avantages et inconvénients.

Il existe des techniques un peu plus modernes qu'on a dans le service : des fils robotisés qui sont adaptés en TMA et qui permettent d'avoir quelque chose d'extrêmement précis. Je vais vous montrer une simple vidéo. Vous choisissez le type de fil, vous le glissez là-haut, vous mettez « fabriquer l'attelle », et c'est parti. Vous avez quelque chose qui va sortir au bout de 3 minutes avec un pliage contrôlé par intelligence artificielle c'est-à-dire que le robot plie en fonction du type de fil qui a été inséré. La contrainte exercée sur ce fil dépend du matériau. Et vous avez en sortie un fil d'une précision qui est en deçà du 10^e de millimètre.

Et enfin, pour terminer, la question essentielle pendant cette phase de contention, c'est la surveillance des 3^{es} molaires, 3^{es} molaires avec des recommandations de l'HAS que je vous impose. La récurrence de l'encombrement n'est pas liée à l'apparition des 3^{es} molaires. Les conditions dans lesquelles on doit extraire les 3^{es} molaires sont très précises et je vous dis qu'une 3^e molaire n'est jamais anodine. Regardez cette radio avec une résorption de la 47 par une 48 horizontale.

Je vous remercie de votre attention.

Éducation thérapeutique : accompagner les jeunes et leurs familles par une approche globale

*Dr Thomas TRENTESAUX
MCU - PH Université de Lille*

Je ne vais pas vous cacher que je suis très heureux d'être avec vous aujourd'hui puisque mon rapport et celui de mon équipe à l'éducation thérapeutique ne datent pas d'hier. Il y a à peu près 15 ans, en 2010, lors des 40^e journées de la Société française d'odontologie pédiatrique, nous avons organisé un colloque qui posait la question de savoir si l'ETP (éducation thérapeutique du patient) pouvait être un concept applicable en odontologie pédiatrique.

Et pour vous donner une petite idée, deux séances se sont tenues en parallèle : une séance très technique axée sur le curatif et un symposium sur l'ETP. Sur les 200 participants au congrès, 180 personnes ont suivi la séance axée sur le curatif contre 20 pour le symposium.

Le sujet n'attirait pas les foules ! Il faut savoir qu'au commencement de l'ETP, les chirurgiens-dentistes n'étaient même pas nommés dans la liste des professionnels légitimes pour faire de l'éducation thérapeutique. Aussi, je suis heureux d'être là, au ministère de la Santé, pour parler de ce sujet, puisque collectivement, nous avons fait un bon bout de chemin ensemble.

Si l'on reprend la définition de l'OMS (1998), qui est elle-même reprise par l'HAS, l'ETP vise à développer des compétences et s'adapte surtout à des patients atteints, dans leur grande majorité, par des maladies chroniques. Elle fait partie intégrante et permanente de la prise en charge de ce patient.

Quand on regarde le continuum de la prévention, l'ETP est finalement plus pratiquée, lors d'une pathologie installée, en prévention secondaire ou tertiaire. Par ailleurs, l'ETP a une approche ciblée et personnalisée tandis que l'éducation pour la santé a une approche plus populationnelle. Bien que leurs objectifs restent les mêmes c'est-à-dire de maintenir un capital santé voire de le faire fructifier, cela arrive à des moments différents.

Dans l'éducation pour la santé, le patient n'est pas forcément malade et la notion de risque reste éloignée. Cette approche permet de mettre en place petit à petit des comportements adaptés et favorables à la santé, mais sans cette notion de risque. Dans l'éducation thérapeutique, les choses sont différentes puisque la pathologie est installée et par conséquent les temps biocliniques et psychosociaux ne sont pas du tout les mêmes. Cette temporalité a un impact sur la modification des comportements.

L'éducation thérapeutique, et c'est ce qui est intéressant, permet une rencontre, ce qui n'est pas forcément le cas dans une approche populationnelle.

Jean-Noël VERGNES parlait tout à l'heure de connexion, j'aime bien ce terme tout comme celui de rencontre. L'idée est d'apprendre à se connaître avec le patient : il existe en effet souvent une opposition entre le savoir objectif du soignant et le vécu subjectif du patient.

Prenons pour exemple celle de nos représentations. Un jeune patient consulte en urgence pour un traumatisme. L'examen clinique met en évidence un traumatisme mais dans un contexte de carie précoce.

Pour le patient et ses parents, le traumatisme est la cause de la fracture de la dent. Mais il a juste accéléré un processus commencé par la lésion carieuse. Tôt ou tard la dent se serait fracturée indépendamment d'un choc.

De ce fait, si on demande au patient des efforts en matière d'alimentation et de brossage, cela n'aura pas forcément de sens pour lui puisqu'il relie ce qui s'est passé au traumatisme. La première étape sera donc de travailler sur cette représentation.

La seconde étape sera de prendre en compte ses hiérarchies de valeurs. Benoît PERRIER parlait tout à l'heure de la difficulté d'acheter du dentifrice fluoré quand il y a des fins de mois difficiles.

C'est un élément qu'il faudra aussi prendre en compte. Tout cela pose la question du sens. La démarche éducative tout comme la démarche thérapeutique doivent trouver du sens par rapport au propre vécu du patient. Autrement, tout ce qu'on pourra mettre en place ne fonctionnera pas. Et à partir de là, il sera nécessaire d'avoir des objectifs communs et partagés.

L'idée, nous en parlons depuis ce matin, est d'être dans une approche aujourd'hui beaucoup plus préventive et éducative que curative : c'est là tout l'enjeu. Quand on sait qu'à peu près 1 % des patients atteints de pathologies chroniques sont intégrés dans un programme d'ETP en médecine, cela reste faible.

Pour la médecine bucco-dentaire, je n'ai pas le chiffre. En revanche, on peut essayer de voir par quels moyens il est possible de rentrer dans l'éducation thérapeutique.

Le premier moyen, qui est certainement le plus facile, est le travail sur les facteurs de risque communs. L'idée est d'associer des ateliers d'éducation sur la santé orale à des programmes d'éducation thérapeutique déjà existants pour d'autres pathologies, comme le diabète, qui sont des modèles historiques dans l'ETP. Et cela est quelque chose d'assez facile à faire, notamment en milieu hospitalier.

Ensuite, il est possible de travailler sur des populations cibles (l'enfant, l'adolescent, l'adulte, le patient en situation de handicap, en milieu carcéral, etc.), sur certains types de pathologies, mais aussi sur des techniques particulières comme l'orthodontie avec les problématiques d'abandons de traitement.

L'ETP a toute sa place pour les limiter. Et enfin, il est possible de travailler au regard d'autres pathologies bucco-dentaires spécifiques. Beaucoup de problèmes d'éducation thérapeutique se développent dans le cadre de la parodontologie et des maladies rares.

En ce qui nous concerne, nous avons choisi de développer l'éducation thérapeutique à destination de l'enfant et dans le cadre de la maladie carieuse. Le constat est assez simple et partagé : le modèle curatif seul est inefficace.

Cette pathologie carieuse, quand elle se développe, entraîne des morbidités associées qui sont parfois importantes dans un contexte où le temps prend toute son importance. À partir de là, l'hypothèse est posée que dans les groupes à risque, cette maladie carieuse représente véritablement une pathologie chronique. Cette hypothèse qui est un élément essentiel nous a permis de défendre, auprès de l'ARS en 2017, la nécessité de développer des programmes d'ETP spécifiquement pour ces pathologies.

Le terme de maladie chronique est parfois discuté. Elle est aujourd'hui définie comme une maladie multifactorielle non transmissible qui peut durer dans le temps.

On joue un peu sur les mots et ce terme de chronique me convient parfaitement. Si on replace tout cela dans ce modèle bio-psycho-social qui a été évoqué ce matin, on voit effectivement que notre schéma de Keyes n'est pas grand-chose par rapport à l'ensemble des facteurs environnants autour de l'enfant et de sa famille dont il va falloir tenir compte et qui seront autant de leviers potentiels pour pouvoir agir.

Educadenfant est le nom du programme qui a été mis en place. C'est à notre connaissance le premier programme à entrée bucco-dentaire qui permet finalement de proposer à des enfants âgés de 3 à 7 ans une offre éducative avant d'avoir une prise en charge sous anesthésie générale.

En effet, une étude interne au CHU de Lille avait montré que 1 enfant sur 2 présentait des récidives au bout d'un an, après une prise en charge précoce de leurs caries sous anesthésie générale – ce qui montre bien l'échec finalement de cette seule prise en charge. Par ailleurs, les délais étant importants entre la 1^{ère} consultation et la prise en charge sous anesthésie générale, cela nous a permis d'introduire ce programme dans cet intervalle.

Quel que soit le type de programme d'ETP, la démarche est identique et peut se résumer en quatre étapes.

D'abord, c'est l'élaboration du diagnostic éducatif, également appelé bilan éducatif partagé, il nous permet d'apprendre à connaître le patient avec ses objectifs, ses besoins et ses envies, mais aussi ses freins, et d'entrevoir les leviers sur lesquels il est possible d'agir.

En partenariat avec Colgate® une trame pour ce bilan éducatif a été développé. Vous pouvez la retrouver sur leur site si vous souhaitez la mettre en place. On réalise ensuite une synthèse et on définit des objectifs qui peuvent être aussi négociés avec le patient. Ce rapport de négociation a pour objectif de l'amener vers une modification de son comportement et d'aller vers un comportement plus favorable à sa santé orale.

À partir de ce moment-là, des activités éducatives sont proposées, en individuel ou en collectif avant d'être évaluées : l'évaluation est un temps essentiel de l'ETP qui doit être prévu en amont de la conception des programmes.

Si l'on regarde une synthèse d'un bilan éducatif d'un jeune patient, de manière schématique, on peut retrouver cette notion, que j'aime bien, de projet de vie. Finalement, en consultation, demande-t-on souvent quel est le projet de vie de nos patients ? Cela est assez rare. La réponse à cette question offre pourtant des leviers pour pouvoir agir et impliquer le patient pour modifier ses comportements.

Alors, comment réalise-t-on en pédiatrie cette éducation thérapeutique ? C'est souvent par le jeu qui est un très bon moyen de passer des informations et de les transformer pour aller vers un développement de compétences.

Enfants et parents participent à ces jeux. L'enfant est bien sûr au cœur de la relation, mais c'est aussi par lui finalement qu'on espère une modification des comportements des parents et ensuite de la cellule familiale dans son ensemble.

Différents outils peuvent alors être proposés. Je vous en ai mis deux exemples sur cette diapositive, mais il en existe d'autres que l'on peut utiliser lors d'ateliers.

Les premiers résultats de ces programmes avaient montré des choses assez intéressantes.

D'abord, un impact positif en matière de développement de compétences et de connaissances au niveau cognitif, mais aussi en matière de compétences techniques sur le brossage ainsi qu'une satisfaction très importante du patient.

Cela étant, il y a quand même un certain nombre de difficultés liées à l'ETP qu'il ne faut pas nier. Et parmi ces nombreuses difficultés, j'en ai relevé trois.

D'abord, la question de la pluridisciplinarité. Cela a déjà été évoqué ce matin. Dans ces programmes, la pluridisciplinarité est quelque chose d'essentiel. Mais ce n'est pas toujours simple de trouver des temps pour la diététique et pour l'orthophonie par exemple.

Ensuite, le second problème important est la question de l'absentéisme et des difficultés de recrutement.

On retrouve ce problème dans tous les programmes d'ETP. Une étude assez récente, auprès de 932 programmes, toutes spécialités confondues, montre justement ces problématiques d'absentéisme, même quand le programme est dispensé en milieu hospitalier et que le patient est sur place.

Alors comment peut-on l'expliquer ? Il faut comprendre une chose qui est très importante, c'est que le gradient social de la maladie est en lien aussi avec le gradient de la prévention.

Cela signifie que les populations concernées ont un faible niveau de littératie en santé orale et vont par conséquent avoir un faible recours à ces offres de prévention. Il faut s'adapter pour aller vers eux, aller les chercher et tenir compte de ces spécificités sociales et parfois culturelles.

Une étude réalisée par un étudiant sur Lille sur les attentes par rapport à notre programme retrouve ces difficultés : la méconnaissance de l'offre existante, les problématiques de distance par rapport au domicile et à la gestion des autres enfants de la fratrie le temps de l'activité éducative. S'y ajoute une observation tout aussi importante qui est le fait que finalement, ces patients, ou en tout cas leurs parents, quand ils viennent pour l'éducation, ils ont l'impression qu'il n'y a rien qui a été fait.

Ce qui prouve, et Madame Cazeneuve en parlait ce matin, de la nécessité pour les assurés de faire aussi des efforts. Et je pense qu'au niveau de l'inconscient collectif, il y a encore beaucoup de choses à faire pour que justement, cette éducation soit aussi importante que du soin, sinon plus.

Aujourd'hui, cette éducation thérapeutique est essentiellement développée dans l'offre hospitalière. La question qui se pose est celle de sa transposition dans une offre libérale, et ce n'est pas quelque chose de simple.

4 pistes peuvent être avancées pour rendre effectifs la coordination ville-hôpital et le transfert vers le libéral qui sont :

- La posture éducative,
- La pluridisciplinarité,
- Le développement d'activités courtes,
- Et la mutualisation des moyens.

Concernant cette notion de posture éducative, sans aller jusqu'à mettre en place un programme d'éducation thérapeutique au sein de vos cabinets, ce qui peut être difficile, vous pouvez l'adopter très simplement.

On parlait de la rencontre. Cette rencontre doit se faire dans un lieu qui n'est pas le lieu du soin, qui n'est pas le fauteuil. Et effectivement, en quelques minutes, en écoutant son patient, on a non seulement son diagnostic, mais on a aussi tout son vécu.

Et n'hésitez pas à introduire des temps de silence. C'est quelque chose qui est peu fait. Mais si on arrive à se taire lors de cette consultation, à ne pas reprendre le fil de la discussion, bien souvent, ce sont les patients qui vont le reprendre.

Et à partir de là, il y a énormément d'informations qui vont arriver. Cela a également été dit ce matin, cette écoute ne prend pas beaucoup de temps, deux ou trois minutes où l'on va recueillir énormément d'informations. Elle passe bien sûr par le verbal, mais aussi par tout ce qui est transmis de manière non verbale.

La pluridisciplinarité en libéral, c'est aussi la possibilité de travailler en réseau par le biais des maisons de santé, des communautés professionnelles territoriales de santé, mais aussi avec les assistantes dentaires de niveau 2.

Patrick SOLERA a parlé effectivement ce matin que le dossier était en attente. À mon sens, le développement de l'ETP doit aussi s'appuyer sur les assistantes dentaires de niveau 2 et devenir une mission très importante dans un environnement, si possible, capacitant.

Les activités courtes nécessitent d'identifier un nombre limité de compétences à développer. Ce n'est pas la peine de se donner des objectifs trop importants. Il faut se donner des objectifs qui soient atteignables, ce qui permet ainsi de motiver le patient et de ne pas aller vers des choses trop difficiles au risque que les patients se démotivent. Ensuite, il faut avoir des moyens aussi d'évaluation ou de suivi à distance. Et là encore, les assistantes peuvent jouer un rôle très important.

Enfin, c'est la question de la mutualisation des moyens. Aujourd'hui, il y a beaucoup de choses qui se développent en matière d'ETP pour les maladies rares, la parodontologie, la pathologie carieuse. Mais les équipes travaillent un peu chacune de leur côté. Ce serait vraiment intéressant de faire une cartographie précise de cette offre qui commence à exister, de mutualiser les ressources, les outils et inviter l'ensemble des acteurs à communiquer entre eux pour que tout ce travail puisse profiter à d'autres. En matière d'efficience, on serait également beaucoup plus efficace.

En conclusion, l'ambition de Génération sans carie passe bien sûr par de l'éducation pour la santé, mais elle passera aussi par l'éducation thérapeutique pour ces populations, pour ces groupes à risque qui ont besoin d'une approche ciblée et véritablement personnalisée.

Au départ, quand on parlait d'éducation thérapeutique, certains criaient un peu au risque de discrimination, voire de stigmatisation.

À mon sens, ce n'est pas du tout le problème. On est au contraire avec un outil qui permet une approche universaliste, proportionnée, c'est-à-dire qu'on va pouvoir mettre en place des actions spécifiques pour ces publics qui en auront besoin.

Et cela nécessite d'impliquer l'ensemble des acteurs : les professionnels libéraux, les hospitaliers, les universitaires, les institutions. Je pense qu'aujourd'hui, il y a une volonté politique forte par rapport à cette démarche, et avec beaucoup d'optimisme, j'ai envie de me dire que nous sommes sur la bonne voie.

Je vous remercie de votre attention.



Question d'un participant

Existe-t-il des programmes d'ETP en médecine bucco-dentaire qui sont diplômants ?

Dr Thomas TRENTESAUX
MCU - PH Université de Lille

Alors ce sont deux choses différentes.

Les programmes d'ETP sont à destination des patients. En revanche, il existe des formations diplômantes pour que les praticiens se forment.

Pour effectivement dispenser une éducation thérapeutique, il faut faire des formations en éducation thérapeutique.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Merci pour la réponse. On est vraiment dans le développement du pouvoir d'agir des patients.

Dr Thomas TRENTESAUX
MCU - PH Université de Lille

C'est exactement cela, on va les responsabiliser. Alors attention quand même à ce terme de responsabilisation. Le but, ce n'est pas non plus de leur faire porter toute la responsabilité de la prise en charge.

Mais effectivement, l'objectif est de les rendre acteurs de leur santé. Cela a commencé en 2002 avec la loi Kouchner sur la prise de décision partagée.

Et là, on est vraiment dans un développement où chacun s'implique au service de la santé du patient.

Les actes préventifs

Les stratégies fluorées

Pr Sophie DOMEJEAN
PU – PH Université Clermont Auvergne

Mesdames, Messieurs, chers collègues, bonjour.

Merci également à chacun d'être là, et merci également aux organisateurs de me faire une nouvelle fois confiance puisque j'étais déjà venue en 2019 pour parler de prévention. Mais vous allez voir que je ne vais pas me répéter puisqu'il y a des avancées dans ce domaine.

Il m'a été demandé de parler des dentifrices fluorés, des vernis fluorés et des scellements de sillons. On va sortir de la prévention « pure ».

Comme on l'a dit tout à l'heure, les limites sont un peu floues entre le préventif et le curatif. Et avec les trois dispositifs dont on vient de parler, les limites sont en effet très floues puisqu'ils s'adressent et visent aussi bien la prévention primaire que secondaire ou tertiaire. Et même un nouveau concept de prévention, celui de quaternaire, que je décrirai en fin d'intervention.

- *Place des stratégies fluorées :*
Le dentifrice fluoré au quotidien quoi de neuf ?

Une avancée majeure depuis 2019 est l'inscription du dentifrice fluoré aux côtés du fluorure diamine d'argent (FDA) et du ciment verre ionomère (CVI) dans la liste des médicaments essentiels, liste faite par l'OMS.

Vous savez tous que le dentifrice fluoré est un moyen cario-préventif simple et efficace, et ce, dès la première dent, et facile à mettre en œuvre par les parents à la maison. Il existe une littérature très abondante sur le sujet. Je vais rappeler quelques éléments clés qui sont :

- Pas de preuve d'efficacité cario-préventive des dispositifs fluorés à moins de 1000 ppm,
- Efficacité des dentifrices fluorés majorée lorsqu'il y a deux brossages par jour par rapport à un seul,

- Efficacité également majorée lorsque, chez l'enfant, le brossage est d'abord réalisé par les parents, puis supervisé jusqu'à peu près l'âge de 8 ans
- Et les molécules alternatives n'ont pas montré pour l'instant d'efficacité supérieure ou même égale au fluor. Et parfois, il n'y a même pas de preuve scientifique.

Voici les recommandations actuelles qui ont été édictées par l'UFSBD : 2 brossages/j de 2 minutes avec un dentifrice fluoré, d'au moins 1000 ppm de fluor, idéalement non recraché après le brossage. Je rappelle qu'il faut qu'il soit supervisé par les parents jusqu'à l'âge de 7-8 ans et que la quantité de dentifrice sur la brosse à dents ainsi que le dosage [en fluor] doivent être adaptés à l'âge du patient et à son risque carieux.

Quoi de neuf dans la littérature. En 2019, une revue de la littérature parue dans la Cochrane Library rappelle que, dans un contexte d'ODF, il n'y a pas nécessité d'aller jusqu'à des dentifrices fluorés à 5000 ppm de fluor puisqu'il n'y a pas d'efficacité cario-préventive majorée.

Une revue est sortie il y a quelques semaines à propos du risque de fluorose en denture permanente lorsqu'il y a une utilisation précoce de fluor topique. Il s'avère globalement que le risque de fluorose est modéré. La première conclusion est qu'il y a un niveau de preuve faible à très faible de risque de fluorose sur les dents permanentes ou une impossibilité de conclure lorsqu'on prend des facteurs isolés pour le dentifrice fluoré et le vernis fluoré en fonction de l'âge de début d'utilisation, et pour le dentifrice fluoré en fonction de la quantité et de la fréquence de brossage. En revanche, lorsqu'on combine un dentifrice fluoré à plus de 1000 ppm de fluor utilisé à partir de 1 à 2 ans et jusqu'à 5-6 ans, il y a un risque modéré de fluorose sur les dents permanentes.

Il me semblait intéressant aussi de vous parler de la différence entre les dentifrices bio et les dentifrices faits maison, puisqu'il y a une demande croissante pour ces deux dispositifs.

Les dentifrices bio sont des dispositifs qui contiennent au moins 95 % d'ingrédients d'origine biologique ou végétale et qui ne contiennent pas de conservateurs chimiques de synthèse. Il en existe avec du fluor, mais la plupart ne contiennent pas de fluor. Il faut donc apprendre au patient, ou au moins aux parents, à bien regarder la notice ou sur le tube de dentifrice bio s'il contient ou non du fluor.

On ne peut pas dire que le dentifrice biologique soit moins intéressant que le dentifrice standard. C'est une question de choix, mais il faut vraiment apprendre au patient à reconnaître le dispositif qu'il achète.

Le dentifrice fait maison est un vaste sujet. Pour la petite histoire, en 2019, j'ai rencontré dans ce même colloque le Professeur COIFFARD, qui est pharmacienne PU-PH à Nantes. Nous avons décidé de travailler ensemble sur les dentifrices faits maison. Deux ans après le colloque, a été publié notre premier article sur le sujet dans le *British Dental Journal*, avec un état des lieux de 84 recettes glanées sur Internet. On voulait regarder les recettes et les analyser. Et cette année, avec une de nos jeunes consœurs, qui a passé sa thèse il y a quinze jours, Anne BOURGEOT, nous avons continué le travail en incluant 122 recettes.

Le travail a été soumis en début de semaine pour la presse française aux professionnels. Peut-être que vous aurez un article sur le sujet dans un avenir proche.

Les résultats sont quand même assez particuliers et posent beaucoup de questions. Déjà, il y a une grande approximation dans les proportions. On a parfois des grammes, mais aussi la cuillère. On ne sait pas si elle est bombée ou pas, si c'est une petite cuillère standard, à moka. Cela peut être aussi des pincées, des gouttes, donc cela ressemble plus à une recette de cuisine, comme pour les gâteaux.

Aucune des recettes ne contenait du fluor. Vous comprenez que c'est quand même compliqué d'incorporer du fluor à ces dispositifs. On pourrait écraser des comprimés de fluor, mais avec le risque de surdosage. De la même manière, se pose l'absence de reproductibilité d'un mélange à un autre. D'autres questions se posent pour les composés qui ne sont pas contrôlés d'un point de vue microbiologique et toxicologique, et potentiellement avec une haute concentration en métaux lourds lorsque les recettes contiennent des poudres de charbon ou de l'argile.

Peu de recettes contiennent des conservateurs. Il y a aussi très rarement des indications sur la conservation sachant que souvent le dentifrice est conservé dans la salle de bains qui est un milieu chaud et humide. Pour un peu que le dentifrice fait maison soit conservé dans un flacon ou dans un pot dans lequel chacun vient tremper sa brosse à dents, vous comprenez que rapidement cela devient un bouillon de culture.

Et puis, il y a des ingrédients qui peuvent être complètement inappropriés, voire délirants. Nous avons trouvé une recette avec de la vodka. Pour les agents abrasifs, type carbonate de calcium ou charbon, qui sont nécessaires, mais ils peuvent engendrer, à trop forte dose, des lésions de la muqueuse et des lésions d'usure de type abrasion. Certains contiennent des agents cariogènes, comme la fécule de pomme de terre. D'autres contiennent carrément des agents déminéralisants comme du jus de citron qui a un pH à 2,4 et lorsqu'on connaît les seuils de déminéralisation de la dentine à 6,2 et de l'émail à 5,5, vous comprendrez bien que ces ingrédients posent un problème.

Les familles pensent utiliser de bons produits, mais c'est plutôt délétère pour la santé orale avec une absence totale de cario-prévention.

Il y a un article qui est sorti il y a quelques mois en 2024 qui fait l'état des lieux sur l'avancée des dentifrices de 1900 à 2023 et les dentifrices dits industriels. Mais là, ce n'est pas un gros mot. Les dentifrices en fonction de leur composition ont des modes d'action différents. Je pense que, si c'est bien de faire ses gâteaux à la maison, il faut laisser aux industriels le soin de nous fournir des produits de santé de qualité avec des effets contrôlés et reproductibles.

Autre question qui me paraissait intéressante à aborder : quand faut-il se brosser les dents : juste après avoir mangé quelque chose d'acide, ou faut-il attendre ? Lorsque j'ai été diplômée en 1993, on m'a enseigné qu'il fallait différer un peu le brossage pour ne pas cracher les ions calcium et potassium qui pouvaient être en suspension dans le film salivaire.

Adrian LUSI et son équipe ont fait une synthèse de la littérature et ont montré qu'en fait, aussi bien en matière d'érosion que de progression des lésions carieuses, il n'y avait aucun intérêt à différer le brossage.

En quoi cette information est-elle intéressante ? Le matin, on est parfois pressé, on s'habille et on prend son petit-déjeuner rapidement. On n'a pas forcément une demi-heure ou une heure à attendre à la maison avant de se brosser les dents. C'est un point récent et intéressant, autant pour nous que pour nos patients.

- *Place des stratégies fluorées :*
Le vernis fluoré

Pour les vernis fluorés, la limite entre prévention et soin curatif, avec la reminéralisation, est floue. Elle n'est pas floue dans la nomenclature, mais dans les faits, elle l'est. C'est une technique professionnelle efficace, comme pour le dentifrice fluoré, dès l'apparition de la première dent. Il y a déjà une étude qui a plus de 10 ans, publiée dans la Cochrane Library par MARINHO et collaborateurs, qui a montré une fraction préventive de 37 % et 41 % respectivement sur dents temporaires et permanentes lorsque le vernis fluoré était comparé à un placebo.

La cario-prévention a été démontrée pour deux applications annuelles. C'est d'ailleurs ce qui est repris dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) avec une fréquence biannuelle, aujourd'hui pour les 3-24 ans, 25 euros par séance, et bientôt pour les 1-25 ans à partir de février 2025. Et c'est une très bonne avancée pour la prévention sur le territoire français.

Deux indications : le vernis fluoré est indiqué pour les risques carieux élevés. Nous allons reparler de la problématique de l'évaluation du risque. Et cette cotation ne concerne que les actes préventifs, c'est-à-dire la prévention primaire, même si le mot primaire n'est pas noté dans la CCAM. Je ne sais pas s'il y a toujours des décideurs dans la salle cet après-midi - j'en vois quelques-uns. Je suggère une extension à des conditions médicales particulières. On n'est pas dans le scope aujourd'hui des 3-24 ans quand je note « personne âgée à haut risque carieux ».

Mais il ne faut pas penser que les actes préventifs sont uniquement pour les enfants et les adolescents. Tous les patients, quel que soit leur âge, pourraient bénéficier de la cario-prévention *via* le vernis fluoré. Il y a aussi la question des patients atteints de cancer avec les lésions carieuses post-radiques. Aussi, il me semblerait intéressant d'élargir le champ de remboursements des vernis fluorés et des dentifrices fluorés, point important qui a été évoqué ce matin.

L'intérêt des vernis fluorés par rapport aux dentifrices fluorés, c'est de s'affranchir des problèmes d'observance au quotidien puisque ce sont deux applications annuelles.

Et si on regarde ce qui se passe dans les autres pays, il faudrait permettre à d'autres professionnels de santé d'utiliser des vernis fluorés, précisément les pédiatres qui sont ceux qui voient, jusqu'à présent en France, les enfants dès le plus jeune âge. Les mesures actuelles vont favoriser l'accès des plus jeunes aux cabinets dentaires.

Malgré tout, les pédiatres sont toujours en première ligne. Pourquoi ne pas aussi laisser la possibilité d'utiliser des vernis fluorés à des infirmiers, des hygiénistes dentaires et des assistants dentaires de niveau 2, de la même manière que cela a été évoqué tout à l'heure pour l'éducation thérapeutique.

Le vernis fluoré peut aussi être utilisé en reminéralisation. Si l'efficacité est démontrée, il y a une absence de consensus quant au protocole d'application. Il y a des études qui montrent que quatre applications à une semaine d'intervalle permettent d'arrêter le processus carieux ; d'autres auteurs préconisent des applications mensuelles pendant six mois.

Deux protocoles extrêmement différents. Il serait intéressant que des équipes de recherche travaillent sur le sujet pour essayer de mieux définir les protocoles : quatre applications à une semaine d'intervalle, ce n'est pas forcément facile à placer ni dans notre agenda ni dans celui du patient d'autant qu'il faut que les applications soient à distance des repas.

Personnellement, les endroits où j'ai fait le plus de reminéralisations fluorées, c'est en mission dans l'armée parce que les patients sont captifs. Effectivement, nous étions tous sur un camp ou sur un bateau ; dans l'armée, même en Afrique, au Tchad, il y a des vernis fluorés et on peut faire de la reminéralisation fluorée. Mais c'est vrai que finalement, c'était presque plus facile dans un cadre militaire qu'au CHU de Clermont-Ferrand.

En 2018, j'ai encadré une thèse d'exercice avec des étudiants (Mathias DESCHAMPS et Louis ESPINASSE). Et nous avons travaillé ensuite avec Stéphanie TUBERT-JEANNIN en santé publique et Marco MAZEVET à deux articles, un sorti dans la presse française et l'autre dans la presse internationale, pour décrire le manque d'adéquation entre les preuves scientifiques internationales en interventions minimales et la CCAM. Déjà en 2018, nous avons alerté sur le fait que cela serait bien d'avoir une inscription à la CCAM et une définition de la prise en charge tarifaire pour des applications répétées à visée de reminéralisation.

- *Les scellements de sillons quel intérêt ?*

Les scellements de sillons, je préférerais parler simplement de scellements. Vous allez comprendre pourquoi. On peut les utiliser à des fins de prévention primaire, mais pas uniquement. En fait, une seule technique pour deux indications, préventive et thérapeutique. On a à notre disposition deux matériaux : des CVI-haute viscosité (CVI-HV) utilisés avec la technique du Press Finger (technique de la pression digitale) qui a été évoquée tout à l'heure, ou des scellements avec des résines composites fluides.

Si on fait une recherche sur Pubmed, les premières traces de scellements préventifs remontent à 1968, et pour ceux qui sont thérapeutiques à 1986. Cette information est intéressante pour dire que les scellements thérapeutiques, qui sont très peu utilisés en France, ne sont pas une technique nouvelle -cette technique a été décrite il y a près de 40 ans. En matière de littérature récente, on trouve un article publié en septembre 2024 qui fait l'analyse de 25 revues systématiques (17 sur les scellements préventifs et 8 qui combinent les deux techniques, préventive et thérapeutique) et de 18 méta-analyses.

Il en ressort que les scellements ne sont pas inférieurs aux autres interventions en matière de prévention et d'arrêt du processus carieux tant en denture temporaire que permanente (comparaison des scellements au fluor, à la chlorhexidine, au FDA, à des restaurations et des brossages avec ou sans fluor).

Qu'est-ce que cela signifie ? Les scellements préventifs et thérapeutiques sont extrêmement faciles à mettre en œuvre. Je n'ai pas décrit la technique parce qu'on peut trouver beaucoup de tutoriels. De plus, je pense que vous savez tous poser des scellements préventifs. Mais si on voit, par exemple, qu'un scellement préventif a une efficacité au moins équivalente, voire supérieure à des restaurations, dans certains cas, il n'y a finalement pas besoin de faire des préparations cavitaires, même lorsque l'on voit clairement qu'il y a une lésion carieuse.

Ce qui me semblait aussi intéressant, c'était de décrire quel conditionnement de surface est à réaliser. Faut-il fraiser ? Faut-il utiliser l'air-abrasion, un laser pour augmenter la rétention et la cario-prévention ? Il ne faut faire rien de tout cela sachant que les dernières recommandations sont d'utiliser simplement une brosette avec de la ponce avant l'utilisation du conditionnement acide spécifique aux résines composites, l'acide orthophosphorique et l'acide polyacrylique pour les CVI. J'aime beaucoup dans les formations montrer aux praticiens qu'avec des dispositifs extrêmement simples, on peut faire de la très belle prise en charge de la maladie carieuse. On n'a pas besoin finalement de dispositifs compliqués. On a juste besoin d'avoir une bonne compréhension du processus carieux.

Les recommandations de la HAS en matière d'évaluation du risque carieux et des scellements prophylactiques datent de 2006 et ont le mérite d'exister. On va en faire la critique, mais il peut y avoir aussi des critiques positives.

Il faut sceller dès que possible les 1res et 2es molaires permanentes chez les patients de moins de 20 ans qui présentent un risque carieux élevé. Il y a des preuves de l'efficacité sur les 1res molaires, et c'est un accord professionnel pour les secondes.

En revanche, il n'y a pas d'accord professionnel en cas de risque carieux faible avec une efficacité et un coût lié au traitement non démontré. Ce qui est très important aussi, c'est que les scellements se rajoutent à d'autres mesures préventives telles que l'utilisation d'un dentifrice fluoré 2 fois par jour. Cela ne remplace pas une bonne hygiène orale.

En 2021, une comparaison de l'efficacité entre scellement et vernis fluoré montre qu'il n'est pas possible de conclure en l'efficacité d'une technique sur l'autre.

Les scellements préventifs sont inscrits dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) depuis 2001 et ont été repris dans la CCAM, avec toujours 1^{ères} et 2^{èmes} molaires, moins de 16 ans, un seul remboursement par dent. Et ce sont aussi les recommandations de la HAS.

Première critique positive

Je pense que cela est très peu appliqué, mais dès lors qu'on utilise une résine, il faut poser la digue. Il faut également favoriser l'utilisation de CVI-HV avec la technique du Press Finger.

Par conséquent, on en revient au fait qu'il faut sceller les 1^{res} et 2^{es} molaires chez les patients à risque carieux élevé. Pourtant, dans la littérature, on voit que des auteurs ont décrit qu'en matière de cario-prévention, les scellements étaient finalement presque plus efficaces sur les prémolaires que sur les molaires. Il y a des auteurs qui ont aussi étudié la rétention et la cario-prévention sur les dents temporaires.

L'American Academy of Pediatric Dentistry recommande l'utilisation aussi des scellements préventifs sur les dents temporaires. En France, les instances jugent que la cario-prévention n'est pas forcément intéressante par rapport aux topiques fluorés. Cependant, dans la littérature, il y a aussi des auteurs qui décrivent que les scellements ne sont pas que pour les enfants. Cela peut être à tous les âges lorsque le risque carieux.

Cela est aussi repris dans le dernier système CAMBRA® (Caries Management by Risk Assessment) qui propose un système d'évaluation du risque carieux et un guide thérapeutique associé, avec un chapitre pour les enfants de moins de 6 ans, et un autre pour les patients de plus de 6 ans et les adultes. Et pour les risques carieux élevés, les scellements sont indiqués à tous les âges de la vie.

Une autre recommandation de la HAS préconise de contrôler l'intégrité du scellement et la réparation. La réparation n'est pas prise en considération dans la CCAM. Et là encore, il y a maintenant six ans, nous avons suggéré une levée de l'âge limite, une extension de l'utilisation des scellements pour tous les types de dents, avec également une possibilité de réparation et de réintervention.

Enfin, en critique, comment évaluer le risque carieux individuel ? En fait, la HAS donne des recommandations. Le problème, comme vous le savez, dans la CCAM, il n'y a pas de bilan carieux.

Alors qu'on le répète depuis ce matin, énormément de patients sont touchés par la maladie carieuse. Il y a pourtant un code pour le bilan parodontal, certes avec des conditions particulières, mais il pourrait être intéressant d'avoir un code pour une prise en charge tarifaire pour un bilan carieux, précis et complet.

Enfin, la HAS dit que dès qu'il y a une suspicion de lésions carieuses, on arrête tout et on ne fait pas de scellements ; cela peut être dangereux, ce qui me permet forcément de glisser sur la troisième option préventive qu'on m'a demandé de traiter : le scellement thérapeutique. Le scellement thérapeutique, première description dans la littérature internationale, 1986. Il n'est pas nécessaire de faire de grands discours.

Toutes les études cliniques sur le sujet montrent que c'est une technique au minimum aussi efficace que toutes les autres et que les restaurations, avec l'avantage d'être une technique complètement non invasive.

Que se passe-t-il sous un scellement ?

La charge bactérienne diminue, et notamment les lactobacilles et les streptocoques mutans, les grandes catégories de bactéries liées à la maladie carieuse. La diminution est durable dans le temps.

Comme on l'a dit tout à l'heure, les bactéries, qui sont sous le scellement, sont finalement privées de substrats fermentescibles, et le processus carieux est complètement enravé.

Les scellements sont indiqués en cas de lésions amélares et dentinaires non cavitaires.

Pour ceux qui connaissent l'ICDAS (International Caries Detection and Assessment System), on peut sceller les lésions de 1 à 4.

Finalement, on voit que les soins restaurateurs ne sont indiqués que lorsqu'il y a une perte de substance qui a des incidences fonctionnelles et éventuellement esthétiques.

Et aussi, les scellements thérapeutiques sont indiqués en cas d'incertitude sur la présence d'une lésion amélaire.

Cette indication contredit les recommandations de la HAS édictées en 2005 et reprises dans le document de 2006 que je vous ai montré. Aussi, vous vous doutez bien que nous militons pour une inscription du scellement thérapeutique à la CCAM avec une définition d'une prise en charge tarifaire.

Ma question est la suivante : pourquoi faut-il prendre une fraise et mutiler la dent pour permettre aux patients d'avoir une prise en charge ?

Un document, qui a été notamment repris par les CDF, montre que pour les scellements thérapeutiques, l'idéal serait en effet de créer un code et d'en assurer la prise en charge.

Mais c'est toujours sous réserve de validation de la HAS et à ce jour, je n'ai rien trouvé quant à l'avancée du dossier.

Qu'en est-il des scellements préventifs et thérapeutiques en France.

Nous avons mené avec un étudiant en thèse d'exercice en 2015 une enquête par questionnaire qui avait montré que parmi les répondants, les professionnels réalisaient beaucoup de scellements préventifs, et beaucoup moins de scellements thérapeutiques – à savoir que ne répondent à des enquêtes de pratique que les personnes qui sont déjà motivées par le sujet.

Aussi, la réalité est toujours enjolivée.

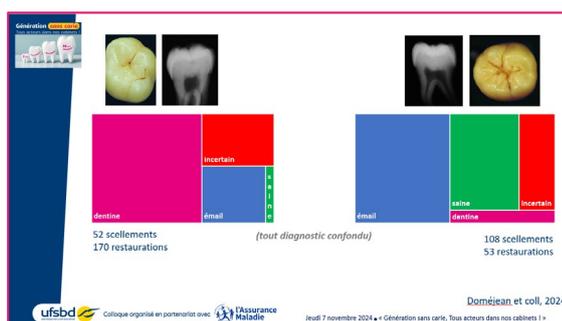
Pour les scellements thérapeutiques, on a encore un peu de travail.

Vous allez me dire qu'entre 2015 et 2024, cette situation a certainement changé, mais si elle a changé, elle n'a certainement pas radicalement changé.

Preuve en est que nous avons reconduit une enquête par questionnaire, que j'avais réalisée en 2002, en 2012 puis en 2023 par le réseau de recherche clinique en odontologie libérale, ReCOL.

On montrait ces cas cliniques, vues occlusales et radiologiques, et on demandait aux praticiens s'ils pensaient que ces faces occlusales présentaient une lésion.

Les réponses possibles étaient : lésion amélaire, lésion dentinaire, pas de lésion ou je suis incertain.



Sur la diapositive, les résultats que nous avons obtenus.

On voit que pour le premier cas, majoritairement les praticiens détectaient la présence d'une lésion dentinaire et pour le deuxième cas, une lésion amélaire.

On peut quand même se dire qu'il y a une grande variation de la décision de diagnostic entre les répondants.

J'ai mis les chiffres pour les scellements et les restaurations : pour le premier cas, 52 scellements et 170 restaurations préconisés.

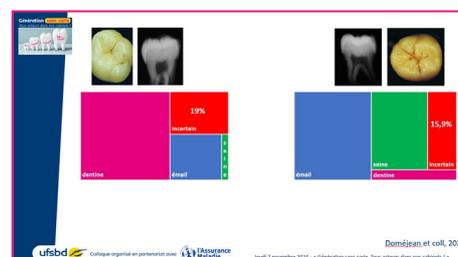
Pourtant, on voit que la lésion ne touche que la jonction amélo-dentinaire. Je ne sais pas quelle aurait été votre attitude.

De mon côté, chez un patient que je peux revoir et que je peux suivre, j'aurais fait un scellement thérapeutique.

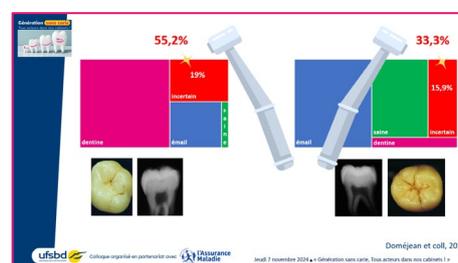
À l'inverse, pour le second cas clinique, 108 scellements et 53 restaurations. En effet, on peut hésiter entre le scellement, puisque les sillons sont anfractueux, ou simplement une reminéralisation fluorée ou l'abstention thérapeutique avec juste la préconisation au patient d'augmenter la dose de fluor dans son dentifrice.

Je me suis intéressée aux incertains.

On se rend compte que la pratique clinique s'améliore et qu'elle est moins invasive globalement en 2023 qu'en 2002, mais le pourcentage de personnes incertaines est toujours le même. Et je me suis demandé finalement ce que faisaient ces incertains.



Pour le premier cas, dans 55 % des cas, ils vont faire une restauration, et dans l'autre 33 % se disent « Je ne sais pas, mais je vais fraiser ». Cette notion d'incertitude dont nous avons parlé ce matin pour le patient, c'est une notion sur laquelle je travaille actuellement avec Brigitte GROSGOGÉAT (université de Lyon) et Guillaume SAVARD (université de Tours) pour essayer de comprendre ce qui se passe quand les praticiens sont incertains.



Dans un autre domaine que la cariologie, j'ai trouvé des papiers sur l'hypersensibilité dentinaire qui montrent exactement la même chose. Lorsque les praticiens ne savent pas, ils perdent un peu pied et ne font pas confiance finalement au potentiel biologique de réparation de la dent avec un coup de pouce comme un scellement ou une thérapie fluorée. Nous avons déjà communiqué sur le sujet avec les Docteur Michèle MULLER-BOLLA et Benoît PERRIER : « Osons les scellements préventifs, mais surtout, osons les scellements thérapeutiques ».

En conclusion, comme nous l'avons vu dans les différentes stratégies de prévention et tout au long de la journée, il faut mettre l'accent sur le fluor topique. Les perspectives intéressantes, au regard de tout ce qui a été dit ce matin, sont l'amélioration de la littérature en santé orale, avec une approche populationnelle via l'école et un accès précoce aux visites chez le dentiste, aux soins dentaires de base et au fluor topique.

Voici un exemple d'un plan de traitement complet qui va de l'évaluation du risque carieux à tous les soins que l'on peut faire au niveau de la dent : le concept CariesCare International reprend l'ICCMS (International Caries Classification and Management System), il existe différents systèmes, mais l'idée est de repenser la prévention.

Malheureusement, il ne me reste plus beaucoup de temps pour cette partie que j'aurais aimé détailler.

Le mot « sucre » a été utilisé qu'assez tardivement dans la matinée. Du sucre, il y en a partout, même dans le jambon sous cellophane, puisque c'est un conservateur.

Le problème est décrit depuis longtemps : le sucrose en 1969, de manière plus large, les sucres en général en 2004. Et on se demande toujours où sont les mesures.

On parle toujours de prévention primaire, secondaire et tertiaire. J'aimerais aborder le concept de prévention quaternaire qui a été d'abord décrit en médecine générale et en cancérologie.

L'idée était de ne pas inscrire le patient dans un cercle délétère de soins non nécessaires.

Par rapport à la maladie carieuse, on peut reprendre exactement le même schéma avec la prévention primaire, comme on l'a vu avec les outils qu'on vient de décrire, mais qui peuvent être pour certains utilisés en prévention secondaire et tertiaire : par exemple, les FDA en prévention secondaire et tous les soins invasifs *a minima* en prévention tertiaire.

À mon avis, ce qui est très important, c'est le concept transversal de prévention quaternaire qui est d'éviter le surtraitement et d'éviter les dommages iatrogènes.

Aussi, faire une restauration alors qu'on aurait pu faire un scellement thérapeutique est délétère. Il ne s'inscrit absolument pas dans le concept de prévention quaternaire – concept qui a été développé au départ pour la parodontologie et la dentisterie P4, et qui devrait être aussi pensé pour la cariologie.

Chacun des p de P4 se rapporte à préventive, participative avec le praticien et toute son équipe de soins autour du patient et de sa famille, prédictive et personnalisée.

Je pense que cette notion de dentisterie P4 serait intéressante à développer dans le champ de la cariologie voire de toute l'odontologie.

Je vous remercie de votre attention.

Préserver la vitalité pulpaire

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

On va accueillir le Professeur Hervé TASSERY qui intervient sur le thème de la préservation de la vitalité pulpaire.

Vous allez nous présenter un ancien procédé qui est remis à l'ordre du jour, le traitement par fluorure de diamine d'argent.

- *Traitement par Fluorure Diamine d'Argent (FDA) Concept et indication*
Pr Hervé TASSERY
PU – PH Université Aix Marseille

Bonjour à tous, merci à Monsieur le Président de l'UFSBD de m'avoir invité pour la première fois, et j'aurai le plaisir de revoir de nouveau toute l'équipe pour l'ADF (congrès dentaire international organisé par l'Association dentaire française) de cette année avec une présentation qui sera bien sûr beaucoup plus complète.

Je vais aller à l'essentiel afin de développer le concept du Bioactive Dental Concept, crée avec la collaboration d'experts internationaux.

Nous avons essayé de développer des guidelines permettant d'utiliser au quotidien des matériaux dits bioactifs. C'est le fondement du Bioactive Dental Concept. Parmi ces matériaux dits bioactifs, nous avons le fluorure de diamine d'argent (FDA).

Nous allons parler rapidement de l'histoire d'un de mes étudiants qui, malgré nos efforts en termes de prévention, présente toujours un haut risque carieux avec des lésions importantes et actives. L'utilisation du FDA a été un des matériaux ayant conduit à la cicatrisation des lésions. En revanche, la partie préventive que j'avais essayée de faire sur lui a été plutôt un échec puisqu'il a eu l'apparition de nouvelles lésions sur d'autres sites. On part de très loin avec des lésions qui sont quasiment juxtapalpaires.

Sous microscope, avec des caméras fluorescentes comme la SoproCare™, la SoproLife™ ou la C50™, on a tout ce qu'il faut pour réaliser une combinaison de FDA avec un CVI (ciment verre ionomère).

On a donc le résultat en postopératoire et le résultat à deux ans. On voit en clinique que le résultat à deux ans n'est pas si mal parce que les colorations grisâtres que vous voyez, c'est du FDA. Le CVI a un peu vécu parce que c'est un CVI de classe 2, en proximal, mais il suffira de remplacer une partie de ce CVI par un composite ou par un inlay pour des raisons esthétiques. La dent est parfaitement vitale et tout est maîtrisé. On se retrouve donc à deux ans avec ici une lésion qui a parfaitement cicatrisé et qui est contrôlée.

Cependant, Benjamin a refait ici une lésion carieuse. Si je rentre dans le détail de la problématique, c'est que je considère qu'on est en aveugle en permanence. Si vous êtes sans loupe, vous êtes à peine en mode « braille ».

Aussi, il faut commencer à utiliser des outils de diagnostic plus poussés. Je m'oppose à beaucoup de personnes là-dessus, plus vous voyez, plus vous pourrez intervenir précocement. Je vous ai fait un QR code avec l'ensemble des publications que vous retrouverez à la fin de ma présentation.

Tout cela a été publié entre autres dans le British Dental Journal. On a quand même des éléments clés.

Ce qu'il faut bien voir dans l'utilisation du FDA, c'est qu'en fait on peut l'utiliser du non invasif jusqu'à l'invasif. Le non invasif, c'est ce qui peut être fait à la maison, c'est le propos du Pr Sophie DOMÉJEAN avec les fluors et le dentifrice fluoré, par exemple. Et on peut le faire en tant que professionnel avec l'application du vernis fluoré et d'autres produits.

On peut le faire aussi dans ce que l'on appelle le micro invasif dès lors que vous utilisez un Air-Flow® avec une poudre un peu dure ou même un acide phosphorique. Vous allez éliminer une partie de l'émail en surface et là on devient micro-invasif.

Mais on joue sur les mots non invasif et micro-invasif.

Vous avez du mini invasif que j'ai ajouté : ce sont les cavités tunnel et slot, qui sont très sophistiquées. Cela suppose des matériaux et des inserts particuliers. On n'entrera pas dans le détail parce que c'est trop long et trop compliqué. Et on peut aussi utiliser le FDA avec les techniques invasives, et cela concerne les lésions qui sont profondes. En fait, l'utilisation du FDA est possible pour l'ensemble des modes d'intervention.

Sur les outils diagnostiques, on a vu beaucoup de choses aujourd'hui. Le cadre a été parfaitement décrit par l'ensemble des conférenciers.

Par expérience, je préfère avoir des outils qui permettent un niveau de grossissement important, en prenant si possible des photos, une vidéo, parce que cela me permet de montrer ces images à d'autres pour savoir si je me suis trompé ou pas. Quand on grossit 50 fois une lésion carieuse, il n'y a pas grand-chose qui vous échappe. Mais ce n'est pas pour autant qu'il faut intervenir. C'est à cela qu'il faut faire attention.

Parmi les outils qu'on utilise le plus souvent, en tout cas en clinique, que nous avons introduit maintenant au sein de l'hôpital, est la caméra C50™, qui est la nouvelle version de la SoproLite™ et de la SoproCare™.

Je travaille à 100 % sous microscope, et là aussi on rentre **dans un autre monde**.

En revanche, une autre caméra extrêmement utile, est celle de KaVo, le DIAGNOcam™ en haute définition, qui est très efficace pour le diagnostic des lésions proximales et surtout celles qui sont débutantes.

Mais quand vous utilisez une caméra intraorale, les images avec la C50™, en lumière du jour, en fluorescence, ou avec différents types de fluorescence, les images sont montrées au patient, ici pour Benjamin, et la réalité d'un biofilm présent et extrêmement actif corrélé à une lésion, elle aussi active, devient visible. C'est un outil de communication qui reste très intéressant.

Je suis un peu opposé au Pr Sophie DOMÉJEAN sur l'utilisation de brosse rotative pour nettoyer les sillons.

En fait, comme j'utilise des outils fluorescents, je crains toujours que la pâte prophylactique infiltrée dans le sillon, interfère avec le signal de la caméra.

Cette crainte vient de ce que le diamètre du poil de la brosse est de 0,2, alors qu'un sillon ne fait que 0,13.

En fait, le poil de la brosse ne peut pas rentrer dans le sillon.

Aussi, j'utilise de préférence un Air-Flow® pour permettre l'utilisation du produit de reminéralisation comme le FDA ou autre à pénétrer en profondeur.

Si vous êtes non invasif, vous utiliserez de l'Érythritol® et de la glycine. Cela commence à devenir un peu dangereux avec le soft bicarbonate ou le bicarbonate. Et avec le phosphate de calcium, faites attention, cela commence à être un peu abrasif. Il est interdit d'utiliser, à ce stade la poudre I Sylc® ou bioverres car vous risquer d'ouvrir la lésion.

Revenons à Benjamin. Je ne détaillerai pas ici, mais nous avons utilisé le révélateur Tri Plaque GC® en pré opératoire : ses dents étaient couvertes de plaque.

On a surtout nettoyé la zone proximale douteuse. Et ce que l'on fait souvent maintenant est d'utiliser le séparateur Ivory® qui permet d'écarter les dents in situ au lieu de mettre un séparateur orthodontique.

Avec la puissance de la caméra, on voit dans 80-90 % des cas la lésion : la seule chose qui m'intéresse est de savoir si elle celle-ci est ou pas cavitaire.

Sans caméra, je ne la vois pas, je ne sais pas, je suis aveugle.

Une fois la digue posée, on a séparé la dent et la lésion est devenu visible : elle est donc cavitaire et accessible. Quel bonheur !

En effet, elle aurait pu être cavitaire, et non accessible.

Et là, prier, c'est tout ce que vous pouvez faire, sinon ouvrir la dent demeure très compliqué.

On a donc un accès direct à la zone. Je retrouve ici Benjamin avec une suspicion de lésion, et une seconde, là.

Et sur cette seconde lésion, là aussi, il y a une différence entre ce que l'on voit à la radio et en réalité. La cavitation que je vous ai montrée, elle est en fait ici, mais la radio ne nous dit rien. Alors prudence par rapport à ce que nous donne comme information une radiographie.

Aujourd'hui, on va parler que du FDA, mais dans le cadre de l'ADF, on parlera de l'Icon® et des différents produits. En fonction de la zone, occlusale ou proximale, on va utiliser un certain nombre de produits. Et je vous montrerai en tout cas pour l'ADF, l'utilisation de self-peptides qui permet de reminéraliser et de recréer une matrice.

Le FDA à 40 000 ppm est une application un peu à part avec ce sel d'argent. On sait que cela bloque la carie. Il est très utilisé dans ce qu'on appelle le SMART (Silver Modified Atraumatic Restorative Treatment). C'est toxique, bien sûr, et il ne faut pas l'ingérer.

L'ancienne version avec l'ammoniaque pouvait brûler un peu la gencive, mais globalement, on a des phénomènes de reminéralisation, d'inhibition de l'activité microbienne et de protection de la structure collagénique.

On rentrera dans le détail.

Et sur le plan, si c'est utilisé en coiffage indirect, il y a peu de réactions pulpaires, c'est donc intéressant.

On peut l'utiliser avec un composite, mais il y a peu de publications.

L'intérêt d'ajouter de l'iodure de potassium après est de permettre d'augmenter la pénétration des ions fluor à l'intérieur de la structure. On entend que cela est bien de faire un etching avant d'utiliser le FDA.

Soyez alors prudent à ne pas toucher avec votre etching les zones adjacentes des dents ou les dents collatérales. Sinon, lorsque vous allez mettre le FDA, tout va être noir. Cela m'est arrivé, mais cela part avec l'Air-Flow®.

On applique ici le FDA, en deux temps.

Et vous voyez cette lésion grâce à la caméra.

On a simplement mis une matrice transparente et on a directement injecté le verre ionomère : on se retrouve avec une lésion traitée.

Et pour cette autre lésion, le fait que le FDA est entré à l'intérieur me permet de savoir qu'il y a une cavitation. Maintenant, je la vois alors qu'avant, je ne la voyais pas.

En proximal, on va s'intéresser aux matériaux bioactifs, dont le FDA :

1. En cas de patient à haut risque carieux,
2. Si la lésion est active,
3. Sur les lésions profondes, s'il y a peu d'émail cervical. Quand vous avez peu d'émail cervical sur une classe 2 profonde, soyez là encore prudent.
4. Et sur l'accessibilité à la lésion : si ce n'est pas accessible, ce n'est pas nettoyable et cela devient un problème.

Vous avez là aussi toute une gamme de matériaux qu'on verra à l'ADF, l'Activa™, les verres ionomères de nouvelle génération dits hybrides, le Cention®, la Biodentine™, la MTA. On a donc un gradient thérapeutique et on hésite souvent à savoir lequel utiliser.

Dans le dernier cas clinique, les lésions sont visibles grâce à des images, en Daylight renforcée, boostées avec la caméra C50™.

On voit les lésions et les craques. On se doute que cela va être relativement compliqué. On va mettre du FDA en 2 applications. Ce qui est intéressant avec le FDA, c'est ce phénomène, que j'appelle, de momification.

Vous avez appliqué pendant une minute, vous regardez, vous séchez et le résultat devient comme celui que vous voyez à l'image.

En 5 secondes en postopératoire, cela devient dur et la structure est complètement modifiée. Et l'utilisation d'un verre ionomère haute viscosité est vraiment bienvenue. Sur cette autre image, on a posé deux verres ionomères haute viscosité.

Ce sont les produits de chez SDI. On voit quand même un peu par transparence le gris qui peut apparaître.

On recouvre tout cela de verres ionomères. Le temps me manque pour vous les montrer. Mais on a des résultats à deux ans avec des cicatrisations complètes grâce à ce système-là. Et ensuite, bien sûr, si on veut faire dans l'esthétique, on a le choix entre les inlays, les onlays ou d'autres composites.

Sur cette dernière image, vous avez le résultat en postopératoire : on voit la bordure de FDA avec le verre ionomère haute viscosité. Tout cela est sans bruit, sans sensibilité postopératoire et les dents sont toujours vitales. C'est remarquable.

On a eu la chance d'avoir lors de cette journée, les syndicats, Monsieur le Président du Conseil de l'ordre et toutes les équipes, je ne sais pas quel tarif sera appliqué pour l'utilisation de ce produit, mais je suis comme la Pr Sophie DOMÉJEAN, pour dire qu'en gériatrie, en pédodontie, avec les patients en situation de handicap, les patients atteints d'un cancer sous chimiothérapie, de nombreuses situations peuvent être traitées avec du FDA.

Vous avez un QR code et mon adresse internet.

Je peux envoyer, notamment si l'UFSBD en a besoin, les papiers directement parce que ceux du British Dental Journal ne sont pas toujours faciles à récupérer.

Et vous avez aussi sur le site d'Actéon, le guide d'utilisation de la caméra C50™, mais tout cela a été publié.

Je vous remercie.

- *Atteinte pulpaire : le coiffage pulpaire direct*
Pr Alexis GAUDIN
Président de la Société Française d'Endodontie -SFE - PU/PH Nantes

Bonsoir à tous.

Tout d'abord, je tiens à remercier Benoît PERRIER et l'UFSBD pour son invitation à participer à ce colloque de santé publique. C'est l'occasion pour moi de parler des techniques de préservation de la vitalité pulpaire en général et de celle du coiffage pulpaire direct en particulier.

C'est un axe sur lequel la Société française d'endodontie travaille, société que je préside et que je représente devant vous ce soir.

Mais on ne travaille pas seul puisqu'on travaille avec d'autres sociétés, par exemple, le Collège national des enseignants en odontologie conservatrice (CNEOC) dans le but de développer ces thérapeutiques.

Et cette démarche est également soutenue par l'Assurance maladie avec un acte de nomenclature qui date de 2019. Il faut noter que cet acte est finalement peu utilisé et assez méconnu.

Dans cette courte présentation, nous allons voir ensemble quels sont les avantages, le protocole, les freins et les limites inhérents à cet acte thérapeutique.

Je n'ai pas de conflit d'intérêts en rapport avec cette présentation, et rentrons tout de suite dans le vif du sujet.

Le coiffage pulpaire direct est une procédure de recouvrement d'une pulpe qui est vitale et exposée par un biomatériau. On peut retrouver cette définition dans différents dictionnaires d'endodontie ou le dictionnaire qui a été élaboré par le CNEOC.

Cette thérapeutique, le coiffage pulpaire direct, fait partie de l'ensemble des thérapeutiques de vitalité pulpaire (TVP) qui part du coiffage indirect, c'est-à-dire à distance de la pulpe. (Il ne faut pas oublier que la dentine est parcourue par des tubulis dentinaires et qu'il y a ainsi une communication, même à distance, avec les antigènes bactériens).

Ces TVP regroupent d'autres techniques où l'on va amputer volontairement une partie ou la totalité de la pulpe que l'on appellera pulpotomie partielle ou complète. En revanche, c'est uniquement le coiffage pulpaire direct qui fait l'objet d'un acte à la nomenclature.

Ces thérapeutiques ne sont pas nouvelles, même si l'acte à la nomenclature est récent.

Ce sont des thérapeutiques qui datent déjà du XVIII^e siècle où il y avait déjà l'utilisation de feuilles d'or pour coiffer la pulpe en 1750.

Le code CCAM est apparu en 2019 à la suite d'une évaluation et d'une analyse critique de la littérature et des recommandations de bonnes pratiques.

L'objectif est de maintenir d'une part la vitalité pulpaire, et d'autre part de surtout s'inscrire dans un concept actuel qui est d'économie tissulaire : l'émail, la dentine, la pulpe sont des tissus précieux que l'on sait plus ou moins réparer, mais qu'on ne sait pas régénérer.

On s'inscrit donc dans une dentisterie qu'on appelle *a minima*. Et il y a un certain nombre d'avantages à vouloir conserver cette pulpe vivante.

Le premier avantage auquel on pense, c'est la fragilité mécanique. Et effectivement, il y a de nombreuses études qui comparent chez le même patient, une dent dépulpée versus une dent controlatérale non dépulpée, et qui montrent un risque 7 fois plus important de perdre une molaire par exemple.

Alors il faut tempérer un peu ce risque-là, notamment sur l'impact du traitement endodontique parce que l'impact mécanique de ce traitement seul est finalement assez faible.

Ce sont plutôt les raisons pour lesquelles on va réaliser le traitement endodontique : à savoir une lésion carieuse importante avec la perte d'une ou deux crêtes marginales qui vont entamer la résistance mécanique jusqu'à 63 %, par exemple.

Le deuxième élément à prendre en compte, c'est que la pulpe dentaire est un tissu conjonctif comme la peau, comme l'os, qui contient des cellules, des vaisseaux sanguins, avec des mécanismes de défense qui sont capables de déclencher une réponse immunitaire lorsque la pulpe est stimulée par des antigènes bactériens. Et cette réponse immunitaire, qui est une réponse inflammatoire, va être un prérequis pour les phénomènes de cicatrisation que l'on connaît bien à l'heure actuelle.

La dentine est élaborée par des cellules spécifiques que sont les odontoblastes. C'est une élaboration qui se fait tout au long de la vie. Lorsque vous m'écoutez, lorsque je vous parle, on élabore tous ensemble de la dentine secondaire, physiologique. En cas de stimulation, même légère, sur la gauche à l'image, les odontoblastes qui sont en place, qui minéralisent, sont aussi capables de sentir les antigènes bactériens, et en réaction, de pouvoir augmenter le rythme de sécrétion et ainsi de créer une nouvelle dentine qu'on appellera dentine réactionnelle tertiaire.

La beauté de la biologie de ce tissu est que même si on perd des odontoblastes, en cas d'effraction pulpaire par exemple, il peut y avoir une différenciation de cellules souches ou bien une dédifférenciation de fibroblastes ou l'apparition ou encore la mobilisation des cellules de Höhl qui vont ressembler à des odontoblastes, en anglais odontoblast-like, au niveau de la pulpe.

En réalité, ce ne sont pas des odontoblastes, mais ce sont des cellules qui vont quand même minéraliser. Ainsi, il y a tout un potentiel de cicatrisation qui est possible lorsque la pulpe est vivante. Et d'ailleurs, une dent qui est dépulpée comporte plus de risques d'infection par rapport à une dent pulpée puisqu'il y a une pression positive qui est un des mécanismes de la réponse innée. Et la douleur est quelque chose qui va inciter le patient à consulter.

D'autre part, si les traitements endodontiques fonctionnent bien (je suis ici pour dire que si on respecte les recommandations, le taux de succès est important), on a néanmoins un certain nombre de situations qui peuvent être parfois complexes et chronophages.

J'ai pris 3 exemples :

1. Le premier avec un instrument fracturé qui au départ se trouve dans le canal, puis termine en dehors du canal.
2. Le deuxième est une tentative de traitement sur une dent minéralisée qui s'est terminée par une perforation.
3. Et le troisième avec un instrument fracturé que l'on a réussi à retirer, mais au prix d'une fragilisation très importante de la racine mésiale.

Avec un plateau technique, dont on a parlé un peu ce matin, avec du temps, on peut faire des choses en endodontie, mais cela reste chronophage et complexe. Si l'on s'intéresse au volet économique, il y a cet article que je vous invite à lire sur l'aspect économique des traitements endodontiques. La conclusion est que le maintien de la vitalité pulpaire est préférable à un traitement endodontique si l'on se place du point de vue coût-efficacité.

Le dernier argument que l'on pourrait également évoquer est celui de l'apexogénèse, c'est-à-dire la formation physiologique de la racine, qui va être directement dépendant de la vitalité pulpaire.

J'espère vous avoir montré un certain nombre d'avantages à pouvoir conserver la vitalité pulpaire.

Y a-t-il des contre-indications éventuelles et dans quels cas réalisés ces traitements ?

Tout d'abord, il y a un certain nombre de prérequis. La pulpe doit être vitale, asymptomatique, éventuellement avec une symptomatologie de pulpite dite réversible.

L'obtention de l'hémostase peropératoire est capitale puisqu'on relie le saignement à une inflammation. Si on n'arrive pas à obtenir cette hémostase, il faudra aller plus loin et amputer un peu plus la pulpe dentaire. Aussi, on sera davantage dans le cadre d'un coiffage pulpaire direct. Bien sûr, il faudra envisager une restauration étanche et prévenir le patient d'un éventuel échec de cet acte.

Trois indications possibles :

L'exposition est d'origine carieuse avec une effraction pulpaire en cours de curetage carieux sous champ opératoire qui doit être centripète et parfaitement cureté en périphérie. Au moment du curetage, vous avez une effraction pulpaire qui mesure dans cette situation 2 mm². On va placer dans ce cas-là un MTA et ensuite réaliser la reconstitution étanche sur la dent. En ce qui concerne l'approche en cariologie, il y a actuellement différentes approches en ce qui concerne le curetage.

Vous avez le curetage sélectif qui consiste à réaliser en périphérie de la cavité un curetage parfait, et en direction de la pulpe à conserver une dentine qui va être ramollie dans l'objectif de ne pas exposer la pulpe.

C'est quelque chose qui est recommandé par la Société européenne d'endodontologie dans le cadre de pulpites réversibles et de caries profondes. Ce que vous voyez sur l'écran à gauche, c'est-à-dire des caries profondes définies telles que n'atteignant pas le quart interne de la dentine, et que la radiographie sur laquelle on peut voir que le front de lésions carieuses n'est pas au contact pulpaire, contrairement à des situations comme celle-ci qui sont qualifiées de caries extrêmement profondes.

Il y a donc une dichotomie entre profonde et extrêmement profonde, et celle-ci est fondée sur deux choses. D'une part, des analyses histologiques où dans certains articles, on va retrouver une comparaison entre ces deux groupes et on retrouve plus d'inflammation pulpaire dans le groupe de caries extrêmement profondes avec plus de pénétration bactérienne. Le deuxième argument est celui des études comparatives de la littérature.

Mais à côté de cette approche, celle du curetage sélectif, il y a une autre approche qui est l'élimination complète de la carie. Cette approche est davantage celle de la position américaine, notamment de l'Association américaine des endodontistes, qui avance l'argument de la nécessité de visualiser le tissu pulpaire afin de pouvoir évaluer son potentiel : la présence de pus, de débris, de calcifications à l'intérieur. Ainsi, il y a un débat sur la gestion de caries profondes et c'est quelque chose sur lequel on travaille actuellement avec le CNEOC.

Le deuxième cas de figure est l'exposition iatrogène.

Cette fois, il n'y a pas de symptomatologie. Par exemple, on cherche, c'est le cas ici, à remplacer une restauration d'un ancien amalgame par une future restauration collée. Et au cours de la dépose de l'amalgame, il y a une effraction pulpaire. Ici, on constate l'exposition pulpaire, on devine les vaisseaux sanguins, on a une hémostase et dans ce cas-là également un ciment MTA a été posé sur la pulpe dentaire.

Le troisième cas de figure est l'exposition d'origine traumatique. Dans ces situations d'exposition traumatique, on a très peu en général de pénétration bactérienne et très peu d'inflammation comparées à une lésion d'origine carieuse. Bien sûr, on pourra réaliser un coiffage pulpaire direct.

Fracture amélo-dentinaire compliquée

C'est une situation clinique avec un patient qui consulte rapidement après le traumatisme et qui présente une fracture coronaire amélo-dentinaire avec exposition pulpaire. On positionne après anesthésie le champ opératoire. On évite dans ces situations de traumatisme de clamber directement sur la dent. On verra sur un autre cas que cela est à moduler en fonction des situations. L'hémostase est obtenue, mise en place de Biodentine™ et réalisation d'un composite dans la séance.

Il y a un gradient en fait dans ces techniques qui est fonction de l'inflammation pulpaire : on a potentiellement un peu plus de risque d'échec lorsqu'on va faire un coiffage pulpaire sur une exposition carieuse par rapport à une exposition traumatique.

Se pose maintenant la question des contre-indications.

Évidemment, il faut un suivi régulier et une bonne hygiène. On peut également se poser la question de la balance bénéfices-risques, notamment pour les patients immunodéprimés. Enfin, les recommandations sur la prise en charge des patients à haut risque d'endocardites ont récemment évolué. Nous profitons de ces recommandations récentes qui nous indiquent que pour réaliser un coiffage pulpaire direct, on pourra réaliser un coiffage coronaire direct sur une dent qui est immature alors que cet acte de coiffage pulpaire direct sera contre-indiqué sur une dent mature contrairement aux pulpotomies.

Le choix du matériau est capital. Pendant de nombreuses années, on a travaillé avec l'hydroxyde de calcium qui répondait au cahier des charges du biomatériau idéal. Cependant il existe des inconvénients liés à ce matériau. De toutes les manières, il n'y a aucun matériau qui coche aujourd'hui l'intégralité du cahier des charges.

À l'heure actuelle, les ciments qui sont recommandés sont les ciments hydrauliques silicate de calcium. Ils ne sont pas totalement éloignés de l'hydroxyde de calcium, faisant partie de la même famille.

En effet, ces ciments libèrent également de l'hydroxyde de calcium. L'évolution se fait dans le sens où certaines études ont montré qu'il y avait dans les minéralisations liées à l'hydroxyde de calcium parfois des hiatus et une dissolution dans le temps, qui est moins visible avec les ciments hydrauliques au silicate de calcium.

Les matériaux à éviter pour le coiffage pulpaire direct sont les adhésifs amélo-dentaires et les CVI : d'une part, pour la toxicité de la prise en ce qui concerne les CVI, et d'autre part, pour le relargage des monomères dans le cas des adhésifs et des composites.

En ce qui concerne le protocole, on va voir deux situations différentes.

Une situation de traumatisme avec une fracture amélo-dentinaire sur la 11 et la 21. Une exposition pulpaire qui est légère sur la 11, un peu plus importante sur la 21. En fonction de cette exposition, on a fait le choix de réaliser un coiffage coronaire direct sur la 11 et une pulpotomie partielle sur la 21.

La différence, c'est que dans la pulpotomie partielle, après la mise en place du champ opératoire, on va pénétrer à l'intérieur de la pulpe avec une fraise qui sera stérile puisque le but est vraiment de ne pas contaminer la pulpe. Ensuite, on viendra placer sur les deux dents, de la même manière, un ciment hydraulique au silicate de calcium, dans ce cas, de la Biodentine™. La petite particularité a été de créer une légère logette pour pouvoir bien mettre en place ce ciment.

Sur cette diapositive, cette autre situation combine un traumatisme et une lésion carieuse. C'est un patient qui est tombé à la suite d'une chute de judo : ses dents maxillaires ont tapé sur les dents mandibulaires.

On le voit quelques semaines après. Malheureusement, la gencive a recouvert un peu la limite de préparation, ce qui a entraîné un certain nombre de difficultés pour mettre en place le champ opératoire.

Sur la photo initiale, vous voyez que ce n'est pas satisfaisant, on n'a pas d'étanchéité. L'astuce consistera à utiliser des ligatures, des Wedjets®, des coins de bois. Et on peut justement, avec ces différents dispositifs, arriver à isoler la prémolaire au centre et la molaire en bas à droite.

Si vous regardez la molaire, on devine l'effraction pulpaire. La situation a nécessité de gérer la partie cervicale pour être dans de meilleures conditions pour pouvoir réaliser le coiffage pulpaire direct. Nous avons réalisé une remontée de marge. Vous avez le matériel qui est décrit sur la diapositive. Cette remontée de marge permet de gérer plus facilement le coiffage pulpaire direct, encore une fois avec de la Biodentine™ dans la même séance après un temps d'attente – c'est un des points faibles du matériau puisqu'il y a un temps de prise qui est de minimum quinze minutes et qui peut varier un peu et être parfois être plus long. Dans la même séance, parce qu'on avait du temps, on a pu réaliser la préparation périphérique et l'empreinte optique.

Vous avez la situation avant en haut, et en bas la situation à la suite de la remontée de marge et au coiffage pulpaire direct. La réalisation d'empreinte optique et puis le collage des pièces prothétiques qui devraient arriver bientôt. La réalisation du suivi est indispensable.

On s'attardera sur deux choses : les éléments cliniques et les éléments radiologiques.

Sur les éléments cliniques, c'est l'absence de douleur, bien sûr, et l'absence d'autres signes cliniques. Néanmoins, il peut y avoir des nécroses à bas bruit. Aussi, ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de symptomatologie clinique qu'il y a forcément un succès.

On regardera radiologiquement l'apparition éventuelle de lésions. On regardera également l'élaboration d'un pont dentinaire qui ne sera pas toujours visible, et sur des dents où l'apexogénèse n'était pas réalisé, on pourra suivre la formation de l'apex, la formation physiologique.

Par exemple, sur ce cas qui est encore un cas de traumatologie, on a fait un coiffage pulpaire direct à l'aide de Biodentine™, recollé le fragment dans la séance et on peut voir l'évolution à six ans.

Un autre cas de cariologie.

On voit l'évolution à dix ans. Vous avez les photos du haut qui correspond à la séance initiale dans laquelle on a placé le MTA et un CVI. Un contrôle à trois mois où on a pu réaliser le composite définitif.

Est-ce qu'il existe des freins, des limites, des obstacles ?

Tout d'abord, la prise de décision n'est pas évidente entre l'utilisation ou pas des thérapeutiques de vitalité pulpaire, et le choix à faire entre elles. Aussi, il y a une absence de consensus dans la prise de décision, ce qui peut engendrer un certain flou et une confusion dans notre esprit.

Les diagnostics que l'on fait, ceux qui nous permettent de savoir le statut pulpaire et son potentiel sont limités à un certain nombre de tests. Vous savez tous que l'on fait des tests de sensibilité, et non de vitalité. On fait donc des tests de sensibilité, on explore l'innervation et on corrèle l'innervation à la vascularisation, ce qui peut entraîner un certain nombre d'erreurs, et surtout une imprécision dans le statut pulpaire.

Ensuite, malgré un grand nombre d'études, on en a très peu qui sont intéressantes, comparatives et bien menées pour pouvoir trouver les bonnes conclusions.

Enfin, la gestion des tissus n'est pas simple. Elle nécessite des aides optiques. Je vous ai parlé de ciments hydrauliques au silicate de calcium. Il y a aussi des processus de désinfection pour lesquels on pourra rentrer dans le détail si vous le souhaitez dans les questions.

En plus, si on regarde le pronostic, il est très variable dans la littérature, que l'on considère la traumatologie ou la cariologie, qui sont deux domaines différents. Les études anciennes, qui reposaient sur l'hydroxyde de calcium, montrent des taux de succès allant de 37 à 81 %.

Cela a peu d'intérêt pour nous, au moins pour communiquer avec les patients. Et même des études plus récentes, qui reposent sur des ciments hydrauliques au silicate de calcium, peuvent avoir de grandes disparités.

On sait en revanche qu'il y a certains facteurs qui vont influencer le taux de succès : le choix du matériau, le statut pulpaire avec les limites du diagnostic, la taille de l'exposition (plus c'est large, puis c'est défavorable), le site de l'exposition également (plus c'est occlusal, plus c'est favorable), la capacité avec laquelle on peut obtenir l'hémostase, le stade d'édification radiculaire.

Cependant, l'âge du patient, qui est souvent un élément qui était retrouvé par le passé, n'est pas forcément prédictif.

Les données divergent par rapport à ce critère.

En conclusion, le coiffage pulpaire direct fait partie de l'arsenal thérapeutique du chirurgien-dentiste en 2004, et même dans les années à venir.

Il y a de nombreux avantages à utiliser les thérapeutiques de vitalité pulpaire malgré les zones d'incertitude, de flou et peut être que le futur va être du côté du diagnostic, peut être avec des biomarqueurs avec un état plus précis de l'état inflammatoire de la pulpe, que ce soit avec des échantillons sanguins, du fluide dentinaire, du fluide crévicaire et de manière à avoir des thérapeutiques qui soient plus ciblées et personnalisées, peut-être aussi du côté des matériaux qui seront plus intelligents.

Je vous remercie pour cette attention en cette fin de journée.





Clôture du Colloque



Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

C'est l'heure de conclure notre colloque avec Madame Marguerite CAZENEUVE qui va venir nous rejoindre ainsi que le Président, le Docteur Benoît PERRIER.

On est parti dans des débats ce matin puis davantage dans des interventions techniques cet après-midi.

Madame CAZENEUVE, que retiendrez-vous de cette journée, et quelles sont vos impressions ?

Mme Marguerite CAZENEUVE Directrice déléguée à l'Assurance maladie

Merci beaucoup.

J'ai beaucoup d'admiration et de reconnaissance pour ce que fait l'UFSBD depuis très longtemps. Vous n'avez pas attendu l'Assurance Maladie pour emmener un collectif de chirurgiens-dentistes sur la prévention et sur l'accès aux soins des plus précaires. Vous portez une culture scientifique qui est attachée à votre action. C'est très précieux pour nous.

Le message de l'Assurance Maladie et du Ministère de la Santé est que nous sommes extrêmement motivés et ambitieux pour continuer notre engagement vos côtés dans tout ce que vous entreprenez.

Nous devons jouer notre rôle institutionnel, qui est d'arriver à faire en sorte que tout soit prêt pour cette fameuse Génération sans carie.

On a beaucoup de travail encore du côté de l'Assurance Maladie, de l'Inter-AMC. Il faut qu'on travaille encore avec les éditeurs de logiciels pour que ce soit le plus transparent et fluide possible pour les praticiens.

On a encore des choses à régler, des outils à fournir dont Loren PINON vous a parlé tout à l'heure.

Sachez en tout cas que du côté de l'Assurance Maladie, nous sommes pleinement mobilisés sur ce programme auquel nous croyons beaucoup.

On sait que vous y croyez aussi et que c'est la raison pour laquelle vous nous avez fait la gentillesse de participer et de coorganiser ce colloque.

Lorsque la volonté politique, en tout cas institutionnelle, est associée à celle des praticiens ainsi qu'à celle des scientifiques, elle permet d'aller très vite et de faire des choses très ambitieuses.

Vous l'aurez compris, je porte essentiellement un message de motivation.

Par définition, l'Assurance Maladie est là pour récolter les fruits produits par tous ceux qui sont des précurseurs en matière de santé, notamment en santé publique.

Toutes les personnes ici présentes sont ces précurseurs grâce aux recherches que vous faites et aux actions que vous conduisez sur le terrain.

À nous maintenant de vous aider à les passer à l'échelle.
Nous allons faire cela ensemble avec le plus de professionnalisme et d'efficacité possible.

Dr Benoît PERRIER

Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

On doit être prêt pour le 1^{er} avril. Cela est important. Effectivement, que ce soit du côté de l'Assurance maladie, des complémentaires santé et de la profession, il y a un lancement.

Il ne faut jamais rater un lancement parce que c'est difficile de le rattraper quand cela part mal.

On a aussi tout un défi dans cette période qui vient qui est celle de la communication à monter vis-à-vis de la population et des organes relais. Il y a effectivement ce volet qu'il va falloir travailler ensemble.

Je suis aussi ravi que cette Génération sans carie a permis également à l'Assurance maladie de saisir la HAS qui ne traitait plus des sujets sur le dentaire depuis plusieurs années. Il y a des travaux importants prévus en 2025.

L'Assurance maladie, et c'est important, a porté effectivement cette dynamique pour pouvoir avancer, valider des consensus scientifiques et aller plus loin sur certains éléments comme la création de nouveaux actes.

Travailler la question des dosages sur les dentifrices à cette occasion dans les nouvelles recommandations HAS est un point également important qui bloquait depuis des années. C'est un levier qui a été actionné grâce à l'Assurance maladie.

Et on est ravi, car ce matin, le Directeur de la santé a dit qu'il s'embarquait aussi dans l'aventure pour aller plus loin sur ce sujet, vers une feuille de route sur la santé orale en France qui dépassera le cadre de Générations sans carie.

Mais on a besoin effectivement que tous les acteurs aillent dans le même sens et qu'on se mobilise là-dessus :

La santé orale au cœur de la santé dans le quotidien de tous les Français.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Un grand merci aux équipes de l'UFSBD, bénévoles et salariés, et au ministère de la Santé pour son sens de l'accueil.

Pour rester informé, on rappelle tous les réseaux, tous les canaux de communication de l'UFSBD.





ANNEXES





Dossier documentaire

L'accès aux capsules vidéo du Colloque de Santé Publique du 07/11/2024
« Générations sans carie : Tous acteurs dans nos cabinets »

[cliquez-ici](#)

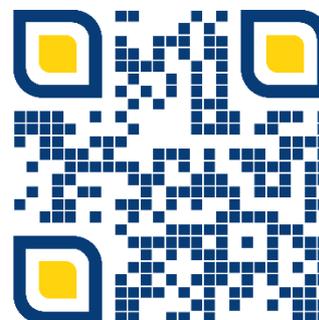
Toutes les informations sur une page dédiée sur le site internet de l'USFBD
www.ufsbd.fr

[cliquez-ici](#)

Vidéo de synthèse de l'Assurance maladie
« Prévention bucco-dentaire, ce qui change pour vous à partir de 2025 »

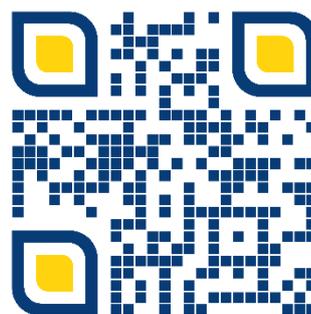
[Examens bucco-dentaires : ce qui change à compter d'avril 2025](#)

Source : ameli.fr | Chirurgien-dentiste



Historique du programme M'T DENTS

Programme national de prévention bucco-dentaire : M'T dents à travers le temps



Sites ressources

maBoucheMaSanté.fr

100 % dédié au grand public

ufsbd  www.ufsbd.fr
UNION FRANÇAISE POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE



Pour que la santé orale soit une évidence pour tous

7, rue Mariotte – 75017 PARIS – 01 44 90 72 80 – ufsbd@ufsbd.fr – www.ufsbd.fr



Association loi 1901 – Déclaration JO 22/07/1966