

Pratiques dentaires

Le magazine de l'UFSBD

#63

Septembre 2026

À LA UNE ... EN PRATIQUE ... EN MOUVEMENT ... FORMATIONS ... SANTÉ PUBLIQUE ... RÉCITS DE PATIENTS



Sous le
haut patronage du
MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

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

Les Troubles Respiratoires Obstructifs du Sommeil (TROS)

avant l'âge de 6 ans

AGIR TÔT

IDENTIFIER

SE COORDONNER



Le jeudi 5 novembre 2026 9h30 - 17h00



INSCRIVEZ-VOUS

Ministère de la Santé, des Familles, de
l'Autonomie et des Personnes handicapées
Salle Laroque - 14 Avenue Duquesne - 75007 Paris

Colloque organisé
avec le soutien
institutionnel de



En association avec



PETITES BOUCHES, GRANDS ENJEUX !

Le colloque UFSBD
qui fait dialoguer tous
les professionnels de
santé autour du plus
jeune âge tout en
réaffirmant la place
du chirurgien-dentiste
au cœur de la santé.

Retrouvons-nous
le 5 novembre 2026
au Ministère de la Santé
pour une journée placée
sous le signe de
l'interprofessionnalité
Page 5 du magazine

**FAIRE VIVRE
L'INTERPROFESSIONNALITÉ**
P. 5

**ALIMENTATION ET
SANTÉ BUCO-DENTAIRE**
P. 20

LE PROGRAMME ICOPE
P. 44



www.ufsbd.fr



L'ÉDUCATION FONCTIONNELLE

*Dépister & traiter
dès le plus jeune âge*



Une approche préventive & globale



Corriger les déséquilibres fonctionnels dès 3 ans



Favoriser une croissance dentaire harmonieuse



26^e SYMPOSIUM Éducation Fonctionnelle

2 JOURS DE FORMATION

pour découvrir & intégrer cette approche thérapeutique & apprendre à dépister



**04 & 05
Décembre
2026**



**Pullman
Tour Eiffel
Paris (75)**



Découvrez le programme complet & inscrivez-vous
formations.orthoplus.fr

EF Line
by orthoplus

Une gamme complète de dispositifs
pour des objectifs ciblés



EF Classique

pour des traitements
en 2 phases



EF Spécifique

pour des objectifs
ciblés



EF Mécanique

en complément
des dispositifs fixes



28, rue Ampère
91430 IGNY



+33 6 76 87 13 37



evenements@orthoplus.fr



orthoplus.fr

Augmentation du ticket modérateur : un mauvais calcul et une mise en péril de la santé des Français



Le décret actant la hausse du ticket modérateur sur les soins dentaires, adopté en pleine trêve estivale et publié le 21 août 2026, est accueilli comme une douche froide par tous les acteurs de la profession et les patients. Alors que notre système de santé est confronté à des difficultés économiques importantes, notamment du fait du vieillissement de la population, les pouvoirs publics aiguillent la tentative de rééquilibrage au seul détriment de la santé bucco-dentaire.

Cette décision, qui a été prise à l'encontre de l'ensemble des avis consultatifs, amènera le ticket modérateur sur les soins dentaires à 50 % au 1er janvier 2027, contre 30 % il y a encore trois ans. Elle constitue un profond contresens à plusieurs égards.

Une mesure créatrice d'inégalités

Sur le plan des coûts, une baisse de la part prise en charge par l'Assurance Maladie n'est qu'une économie de façade. Son seul effet sera d'entraîner un transfert des charges vers les assureurs complémentaires, et par extension une hausse des cotisations, tandis que les patients dénués de complémentaire seront encore plus fragilisés. Au final, cette initiative inaugure un désengagement regrettable de la solidarité nationale en matière de santé bucco-dentaire, à même d'aggraver encore les inégalités en santé. Pourquoi le ticket modérateur n'est-il pas modifié uniformément entre les différents actes médicaux ?

En outre, elle s'inscrit totalement à rebours des recommandations internationales, quand l'OMS préconise que les pays intègrent la santé orale dans la couverture sanitaire universelle pour consolider sa place en tant que pilier de la santé globale.

Un signal dévastateur en santé publique

Alors que la France est confrontée à un virage démographique marqué par le vieillissement de la population, la mesure s'apparente à un non-sens s'agissant de santé publique. Préserver la santé orale comme déterminant majeur du bien-vieillir et du maintien de l'autonomie constitue aujourd'hui un enjeu de premier plan. Réduire ainsi la couverture des soins bucco-dentaires signifie plus de fragilité pour les publics qui vieillissent et, en corollaire, davantage de pathologies générales susceptibles d'empirer.

En termes de communication, enfin, cette décision fragilise les messages portés par l'UFSBD et les praticiens engagés sur le terrain pour encourager les Français à prendre soin de leur santé bucco-dentaire et à consulter régulièrement.

L'UFSBD appelle donc à reconsidérer cette orientation et à saisir la période précédant l'échéance présidentielle pour replacer la santé bucco-dentaire au cœur des débats. Pour que la santé bucco-dentaire soit au cœur de notre système de sécurité sociale, et perçue plus que jamais comme un soin médical essentiel.

La mobilisation se joue également sur le terrain. Faisons de notre engagement dans chaque département une force au service de la santé de tous.

Faire entendre notre profession par l'engagement

Face à ce signal, notre réponse doit aussi se construire dans les départements. L'UFSBD a une utilité de vitrine pour notre profession, pour rendre visibles ses compétences, son utilité sociale et son engagement pour la santé de tous. Cette vitrine prend vie au travers des femmes et des hommes qui agissent, au plus près des populations.

Pour poursuivre cette ambition, nous avons besoin de praticiens de tous âges, à toutes les étapes de leur parcours. Adhérer à l'UFSBD, rejoindre son comité départemental, sortir de son cabinet quelques jours par an pour participer à des actions : chacun d'entre nous peut contribuer. Dans les écoles, auprès des personnes âgées ou en situation de handicap, ces rencontres donnent un visage à notre profession et rendent concret notre rôle en termes de santé publique. Et ce sont des rencontres très formatrices, en retour, pour notre positionnement avec nos patients.

Si notre profession veut faire entendre sa voix et peser dans les choix de santé, chacun de nous doit prendre sa part de cet engagement collectif. Plus nous serons nombreux à agir dans les départements, plus notre parole sera forte auprès de nos concitoyens et de nos décideurs.

Dr Benoît PERRIER, **Président de l'UFSBD**

« Plus nous serons nombreux à agir dans les départements, plus notre parole sera forte auprès de nos concitoyens et de nos décideurs. »

Sommaire

7 ACTUS

Toutes les actualités
en quelques brèves

13 EN PRATIQUE

14. Recommandations
ADA/AAOMR 2026 sur
les radiographies
dentaires et le CBCT
(TVFC en français)

18. mémoDENTO,
un nouveau site d'aide
à la décision pour
accompagner médecins
généralistes et
pharmaciens face
aux urgences dentaires

20. Alimentation
et santé bucco-dentaire



31 PRÉVENTION EN MOUVEMENT

32. Enquête
épidémiologique
« Générations sans carie »

33. La BPCE et l'UFSBD
unissent leurs forces
pour la prévention
bucco-dentaire



35 FORMATION ÉQUIPE DENTAIRE

36. Votre crédit formation
DPC est utilisé pour 2026 ?

38. Prise en charge
des maladies
parodontales

40. Comment les
chirurgiens-dentistes se
forment-ils aujourd'hui ?
Quelles sont leurs attentes
pour demain ?



47 RÉCITS DE PATIENTS

48. « Se rendre »



43 SANTÉ PUBLIQUE

44. Le programme
ICOPE :
une opportunité
pour les dentistes
d'agir plus tôt en
faveur
du bien-vieillir

Pratiques Dentaires, le magazine de l'UFSBD, est édité par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, 7 rue Mariotte, 75017 Paris – Tél.: 01 44 90 72 80 • **Directeur de la publication**: Dr Benoît Perrier • **Rédacteur en chef** : Dr Xavier Braeckvelt • **Responsables de rubrique** : Laurent Poupelloz (Actualités) – Dr Xavier Braeckvelt (En pratique) – Dr Anne Carlet et Manuelle Baron (Prévention en mouvement) – Laurence Chassang et Dr Marion Dordain (Formation) • **A également participé à ce numéro**: Véronique Gardon • **Conception et réalisation**: UFSBD • **Crédits photo**: photothèque UFSBD, Adobe Stock • **Régie publicitaire**: Laurent Poupelloz, tél. : 01 44 90 93 99, e-mail: laurentpoupelloz@ufsb.fr • Magazine distribué à l'ensemble de la profession.

SOYEZ
CONNECTÉ



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

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



FAIRE VIVRE L'INTERPROFESSIONNALITÉ une responsabilité au cœur de notre métier de chirurgien-dentiste

Être chirurgien-dentiste, aujourd'hui, ce n'est plus seulement soigner des dents. C'est observer, repérer, prévenir, orienter, accompagner. C'est comprendre que la bouche n'est jamais isolée du reste du corps et que nos actes s'inscrivent dans une trajectoire de santé globale dépassant très largement le fauteuil dentaire.

Dans un système de santé en pleine transformation, l'interprofessionnalité n'est plus une option. Elle est une condition d'efficacité et de cohérence pour une bonne prise en charge thérapeutique du patient.

Chez l'enfant, notre regard clinique est précieux. Croissance orofaciale, respiration buccale, posture linguale, fatigue, difficultés d'attention rapportées par les parents... : autant de signaux qui peuvent nous alerter et nous conduire à dialoguer avec d'autres professionnels (ODF, kinésithérapeutes, orthophonistes, ORL...).

Les troubles respiratoires obstructifs du sommeil de l'enfant illustrent cette nécessité. Encore trop méconnus et sous-repérés, ils peuvent avoir des conséquences durables sur la croissance, le comportement, les apprentissages, la qualité de vie familiale et la santé future.

Face à ces troubles, aucun professionnel ne peut agir seul. Médecins généralistes, pédiatres, chirurgiens-dentistes, orthodontistes, infirmières scolaires et acteurs de l'enfance doivent partager leurs observations et construire des parcours coordonnés plus précoces et plus efficaces avec des professionnels spécialisés dans un réseau de soins.

5

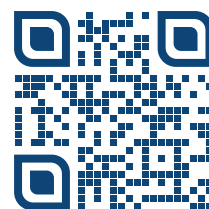
**C'est tout l'enjeu du 27^e Colloque annuel de santé publique
de l'UFSBD, le jeudi 5 novembre 2026,
« Les TROS : agir tôt, identifier, se coordonner ».**

Y participer, c'est affirmer notre place dans la santé globale de l'enfant, renforcer nos réflexes d'orientation et faire vivre concrètement l'interprofessionnalité. Soyons nombreux à porter cette ambition :

**Pensez à inviter vos correspondants : ORL - Pneumologues - Médecins généralistes -
Pédiatres - Kinésithérapeutes - Orthophonistes...**



**Inscrivez-vous
en présentiel ou
en visioconférence.**





VOIR, TESTER, VIVRE :
LES EXPERIENCES CENTERS

SHOWROOMS
NOUVELLE
GÉNÉRATION



TEST
ÉQUIPEMENT

LIEUX
D'ÉCHANGE



TRAVAUX
PRATIQUES



RENCONTREZ HENRY SCHEIN FRANCE DANS
SES EXPERIENCE CENTERS À :
AIX-MARSEILLE / PARIS / LYON et bientôt RENNES

02 47 68 90 00 / www.henryschein.fr



RETROUVEZ
VOTRE CONSEILLER



ORAL-B

Oral-B relance sa Mission Santé Dentaire !

Cette rentrée 2026, Oral-B reprend la route avec sa Mission Santé Dentaire Kids ! Le dispositif itinérant part à la rencontre des petits et des grands, avec un temps fort en Île-de-France, pour ancrer les bons gestes dès le plus jeune âge. Au programme : ateliers ludiques, apprentissage du brossage et conseils adaptés à chaque étape, des premières dents au passage à l'électrique. Une approche qui motive vraiment les enfants tout en sensibilisant les parents. Mené en partenariat avec l'UFSBD, ce tour fait de la prévention un moment positif et fédérateur.

Professionnels de santé, parlez-en à vos jeunes patients et à leurs familles : ensemble, protégeons les sourires de demain !

Découvrez les dates et lieux sur oralb.fr.

Orthoplus

Rendez-vous au 26^e Symposium en Éducation Fonctionnelle. Les 4 et 5 décembre 2026, Orthoplus organisera son 26^e Symposium en Éducation Fonctionnelle au Pullman Tour Eiffel à Paris.



Les **4 et 5 décembre 2026**, Orthoplus organisera son **26^e Symposium en Éducation Fonctionnelle** au Pullman Tour Eiffel à Paris. Placé sous le thème « **Libérer l'Éducation Fonctionnelle** », cette formation réunira 18 conférenciers autour de la prise en charge globale en Éducation Fonctionnelle.

Découvrez le programme complet et inscrivez-vous au 26^e Symposium sur : formations.orthoplus.fr

Vous pouvez désormais retrouver l'ensemble des formations Orthoplus sur notre nouvelle plateforme dédiée à nos formations :

formations.orthoplus.fr

Plus de 850 praticiens ont été formés en 2025. Taux de satisfaction de 92 %.



26^e SYMPOSIUM Éducation Fonctionnelle

04 & 05
Décembre
2026

Pullman
Tour Eiffel
Paris (75)



Inscrivez-vous
formations.orthoplus.fr



JULIE

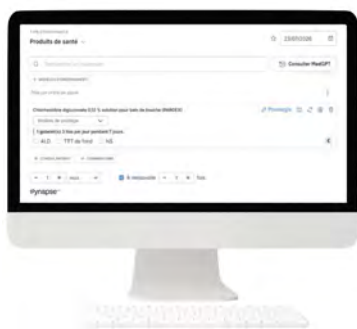
e-Ordonnance : Julie accompagne la transformation numérique du cabinet dentaire

Pour accompagner l'évolution des pratiques, Julie propose e-ordonnance, un module intégré au logiciel métier, pensé pour simplifier et sécuriser la prescription au quotidien.

Basé sur un Logiciel d'Aide à la Prescription certifié et une base médicamenteuse agréée HAS v3, e-ordonnance permet de créer et personnaliser les prescriptions, tout en bénéficiant d'alertes sur les interactions médicamenteuses. Une solution conçue pour allier simplicité d'utilisation, sécurité et conformité au dispositif Ordonnance numérique.

Envie de découvrir e-ordonnance en action ? Retrouvez les équipes Julie au congrès ADF 2026, sur le **stand 3L03**, pour une démonstration et un échange avec nos experts.

Pour en savoir plus : www.julie.fr



Alara Expertise

Radioprotection au cabinet : simplifiez votre conformité

Créer ou moderniser un cabinet dentaire implique des contraintes techniques. Pour aborder ces étapes sereinement, s'entourer d'un expert en radioprotection fait la différence.

Alara Expertise réalise votre étude de radioprotection afin de définir les épaisseurs minimales de plomb à installer dans vos locaux.

En tant qu'OCR et en notre qualité de Conseiller en Radioprotection (CRP), nous assurons aussi la déclaration ASNR de vos équipements radiologiques, vos plans de zonage et études de postes lors des vérifications périodiques.

Un projet ? Contactez Matthieu NORDT, conseiller clientèle dentaire

dentaire@alara-expertise.fr | 03 69 67 22 03



Buccotherm

La seule gamme de soins bucco-dentaires à l'Eau Thermale

Marque pionnière de l'hygiène bucco-dentaire avec des produits à base d'eau thermale présente depuis plus de 20 ans en pharmacie, Buccotherm a récemment lancé une nouvelle gamme de soins complète qui répond aux besoins de toute la famille. Elle se distingue notamment par ses formules conçues pour préserver l'équilibre du microbiote buccal, aujourd'hui reconnu comme essentiel à la santé des dents et des gencives.

L'ingrédient principal : l'Eau Thermale de Castéra-Verduzan (Gers), reconnue pour ses propriétés apaisantes et reminéralisantes. Naturellement riche en minéraux et en oligo-éléments, elle contribue à renforcer l'émail des dents et à apaiser les gencives sensibles.



Les formules répondent aux nouvelles exigences du marché : ingrédients d'origine naturelle, certification BIO, fabrication française et absence d'ingrédients controversés, tout en garantissant efficacité, sécurité et haute tolérance.

Vernis fluoré : changeons l'histoire

3M™ Clinpro™ Clear Fluorure



Vos patients méritent un traitement au fluor qui offre un meilleur goût, une odeur améliorée et une sensation agréable en bouche, et ils ne veulent pas attendre des heures pour manger et boire avec des résidus collants sur les dents.

Permettez-leurs de retrouver plus rapidement leur quotidien, avec un apport en fluor similaire à celui d'un traitement au vernis traditionnel - et ce, avec un temps de contact réduit à seulement 15 minutes.

Le produit se présente en dose unitaire, ce qui rend l'application du traitement au fluor 3M™ Clinpro™ Clear Fluorure rapide et facile. De plus, la formule à base d'eau n'obstrue pas les lignes d'aspiration. L'usage de vernis fluorés n'a pas à être compliqué.



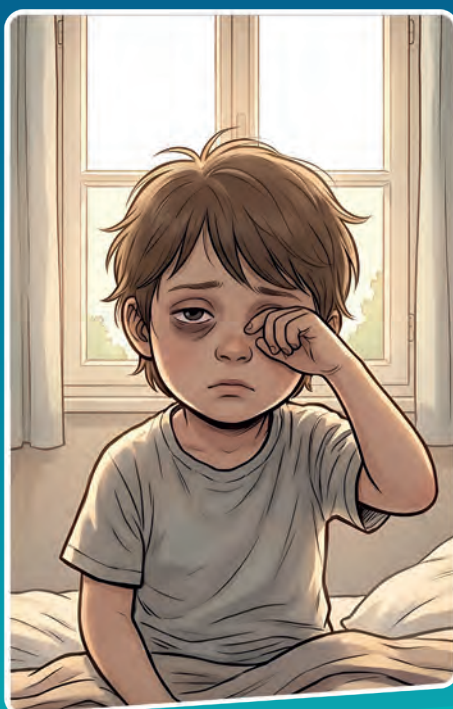
27^e Colloque National de Santé Publique de l'UFSBD

Les Troubles Respiratoires Obstructifs du Sommeil (TROS) avant l'âge de 6 ans

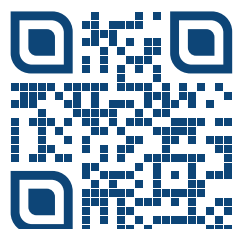
AGIR TÔT

IDENTIFIER

SE COORDONNER



Le jeudi 5 novembre 2026 9h30 - 17h00



INSCRIVEZ-VOUS

**Ministère de la Santé, des Familles, de
l'Autonomie et des Personnes handicapées**
Salle Laroque - 14 Avenue Duquesne - 75007 Paris

Colloque organisé
avec le soutien
institutionnel de



ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

En association avec



Installation d'une conscience
de prévention

1966 - 1975 DE L'ÉDUCATION SANITAIRE À LA PRÉVENTION PRIMAIRE

Programme éducatif dans les écoles et
les collèges sous forme de conférences
puis de séances de
sensibilisation



23 mil
de pers
sensibi

EHP
+ de 12
personnels
formés et

1976 - 1985 PRÉVENTION PRIMAIRE ET SECONDAIRE



- Prévention primaire : de l'apport
de connaissances aux ateliers
pédagogiques
- Dépistage en centres fixes ou en
centres mobiles
- Exposition itinérante



Hand
+ de 5
personnels
formés et s

Eduquer & déceler

1986 - 1995 IDENTIFIER LES BESOINS

1^{eres} enquêtes
épidémiologiques



CF
+ de 31
apprentis
et dé

Evaluer, planifier

D'ACTIONS EN CONSTANTE ÉVOLUTION

Millions
personnes
sensibilisées

EHPAD
2 700



encadrants
sensibilisés

Encadrant
200



encadrants
sensibilisés

A
000



sensibilisés
pistés

1996 - 2005

DIVERSIFICATION DES CIBLES

1^{ères} interventions en EHPAD et en IME



2006 - 2015

MULTIPLICITÉ DES POPULATIONS CIBLES ET INTERVENTIONS DANS DIFFÉRENTS LIEUX DE VIE

Formation du personnel soignant et encadrant
et interventions dans différents lieux de vie



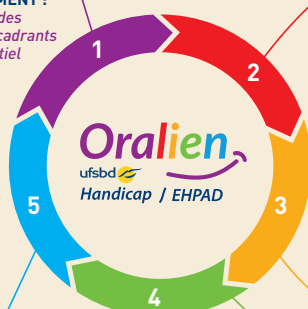
2016 à nos jours...

PRÉVENTION PRIMAIRE, SECONDAIRE ET TERTIAIRE

LANCEMENT DANS L'ÉTABLISSEMENT :
formation des
soignants et encadrants
en présentiel

Rendez-vous
réguliers
d'évaluation
du programme
avec les
équipes
soignantes

Recommandations via un rapport individuel,
avec repérage des besoins pour adapter
les protocoles d'hygiène



Protocole d'hygiène
personnalisés
par résident

Suivi d'indicateurs sur
la santé orale par
télésurveillance :
vidéos de la sphère
orale via smartphone /
système non invasif

Développer une e-santé bucco-
dentaire pour être au plus près
des individus



maBouchemaSanté.fr

Interventions
populations vulnérables

Actions déclinées auprès de
multiples populations

Prévention tertiaire
e-santé

Vous prévoyez une nouvelle installation ?

Alara vous accompagne dans la gestion de la radioprotection de votre cabinet dentaire

01 AVANT LE DÉBUT DES TRAVAUX

À partir de
180€ TTC

INCLUS
DANS VOTRE
PACK CRP

CALCULS DE RADIOPROTECTION

À l'aide d'une étude de plomb optimisée, nos experts s'assurent des épaisseurs minimales à mettre en place

02 AVANT LE 1^{ER} PATIENT

- ✓ Vérification initiale des installations par un Organisme Vérificateur Accrédité (OVA)¹
- ✓ Déclaration de vos équipements auprès de l'ASNR
- ✓ Rapport technique de conformité
- ✓ Désignation d'un Conseiller en Radioprotection (CRP)
- ✓ En option : mise en place de la dosimétrie d'ambiance avec notre partenaire



¹d'un point de vue réglementaire, la vérification initiale doit être effectuée par un Organisme Vérificateur Accrédité

NOTRE EXPERTISE DEPUIS 20 ANS

Votre pack Conseiller en radioprotection

- ✓ Mise à disposition d'un Conseiller en radioprotection
- ✓ Vérifications périodiques
- ✓ Analyse des risques et zonage
- ✓ Formation radioprotection des travailleurs avec accès illimité en e-learning
- ✓ Gestion du DUERP avec 

Bonus inclus :

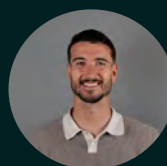
- ✓ Évaluation Radon
- ✓ Note de calcul + Rapport technique de conformité
- ✓ Accès à RAYFLEX : plateforme de gestion de la radioprotection

Votre Conseiller en
radioprotection à partir de



39 € 90
/ mois *

*Prix TTC valable pour un équipement et un règlement par prélèvement sous condition d'engagement de durée (frais annexes inclus)



Matthieu NORDT
Conseiller clientèle

03 69 67 22 03
dentaire@alara-expertise.fr

P. 14 Recommandations ADA/AAOMR 2026 sur les radiographies dentaires et le CBCT (TVFC en français)



P. 18 mémoDENTO, un nouveau site d'aide à la décision pour accompagner médecins généralistes et pharmaciens face aux urgences dentaires



P. 20 Alimentation et santé bucco-dentaire



Recommandations ADA/AAOMR 2026 sur les radiographies dentaires et le CBCT (TVFC en français)

Les différentes éditions de ces recommandations constituent un référentiel reconnu à l'échelle internationale dans le domaine de la radiologie dentaire et servent également de référence en France.

L'American Dental Association (ADA) et l'American Academy of Oral and Maxillofacial Radiology (AAOMR) ont rédigé de nouvelles recommandations concernant l'indication des examens radiographiques dentaires, incluant les clichés 2D et le CBCT.

Le message central est clair : l'imagerie ne doit jamais être systématique, automatique ou réalisée par convenance. Elle doit toujours être justifiée par une question clinique précise, après interrogatoire médical et dentaire, examen clinique, évaluation du risque carieux/parodontal, analyse des symptômes et prise en compte des examens déjà disponibles.

La radiographie reste un complément indispensable de l'examen clinique, mais elle ne le remplace pas.

De manière générale, ils ont constaté les éléments suivants.

- > La radiographie numérique moderne et le ciblage précis du faisceau ont **rendu inutiles les tabliers de plomb et les colliers thyroïdiens**.
- > La transition vers le film radiographique numérique devrait être préconisée en raison de sa dose de rayonnement plus faible par rapport au film conventionnel.
- > La collimation rectangulaire (collimateur en bout de tube) pour que le faisceau de rayons X doit être à la taille et à la forme du récepteur dans la mesure du possible et utiliser des angulateurs le plus possible pour avoir la meilleure image.
- > Lorsque le CBCT est nécessaire, il devrait être réservé aux cas où les options d'exposition plus faible sont insuffisantes pour obtenir les informations diagnostiques nécessaires.
- > L'examen choisi doit être celui qui apporte l'information diagnostique nécessaire avec l'exposition la plus faible possible. Les principes ALARA et ALADA restent au cœur de la décision : dose aussi basse que raisonnablement possible, mais aussi compatible avec une qualité diagnostique suffisante. De plus, il existe maintenant le principe ALADAIP, très utile pour les ODF. Il se traduit par « As Low As Diagnostically Acceptable being Indication-oriented and Patient-specific ». L'exposition des enfants et des adolescents doit être maintenue à un niveau aussi faible que diagnostiquement acceptable, celle-ci étant axée sur l'indication et l'âge du patient.



En **cariologie**, les radiographies rétrocoronaires restent l'examen de référence pour détecter les caries proximales postérieures non visibles cliniquement. Les rétroalvéolaires sont indiquées pour les **suspensions d'atteinte pulpaire, les morphologies radiculaires ou les traumatismes dentoalvéolaires**. Pour les caries occlusales, radiculaires ou proximales déjà visibles, les clichés rétrocoronaires ou rétroalvéolaires peuvent aider à estimer la profondeur et l'extension. En revanche, pour les caries des surfaces lisses sans signe pulpaire ou périapical, l'examen visuel est privilégié.

Points importants :

- > le CBCT et la radio panoramique ne sont **pas indiqués pour la détection des caries** ;
- > le CBCT doit toujours être **précédé d'un cliché 2D**.

En parodontologie, la fréquence des examens radiographiques doit dépendre des signes cliniques et de la réponse au traitement. Les radiographies servent à documenter l'état initial, à évaluer le niveau osseux et à orienter le plan de traitement, mais la perte osseuse radiographique ne signifie pas à elle seule une maladie active. L'activité parodontale reste une donnée clinique. Chez les patients avec maladie parodontale actuelle ou antérieure, les bitewings verticaux sont utiles pour évaluer les niveaux osseux en denture permanente. Le CBCT n'a pas d'indication de routine en parodontologie, sauf cas complexes où l'imagerie 3D peut réellement modifier la stratégie thérapeutique. La radio panoramique complétée par des clichés rétroalvéolaires peut être utilisée pour le diagnostic initial en parodontologie ou le statut complet. **Mais toujours choisir la solution la moins irradiante et éviter le statut en routine.**



En orthodontie, la panoramique est l'examen initial recommandé pour surveiller l'éruption dentaire, le développement dentofacial et l'alignement radiculaire. La téléradiographie de profil peut être utile pour apprécier les malocclusions de classe II ou III et les composantes verticales. Les rétroalvéolaires sont plus adaptées pour analyser la morphologie radiculaire, les résorptions ou les lésions périapicales. Le CBCT faible dose peut être indiqué pour les asymétries faciales mais uniquement si l'information 3D modifie la prise en charge. Les panoramiques répétées doivent être évitées si elles ne sont pas justifiées par un changement clinique ou développemental.

Pour les dents de sagesse, dents surnuméraires ou incluses, le **dépistage radiographique systématique en l'absence d'indication clinique n'est pas recommandé**. S'il existe une indication, la panoramique est l'examen de première intention. Le CBCT ne doit être envisagé que si la panoramique suggère un risque accru, notamment vis-à-vis du nerf alvéolaire inférieur : racines projetées sous le canal, assombrissement radiculaire, interruption de la corticale du canal ou déviation du canal. Même dans ces situations, le CBCT n'est justifié que si le résultat peut modifier l'évaluation du risque ou la décision thérapeutique.

En implantologie, le CBCT occupe une place plus importante. Une panoramique peut être réalisée lors de l'évaluation initiale, mais le CBCT est recommandé pour **la planification préchirurgicale implantaire, l'évaluation du volume osseux, la proximité des structures anatomiques, les sinus, les sites greffés, les donneurs osseux, la conception de guides chirurgicaux et l'analyse des complications implantaire**s. En revanche, pour le suivi péri-implantaire courant, les radiographies intra-orales 2D restent l'examen de choix, notamment pour établir un niveau osseux de référence lors de la mise en charge prothétique et pour surveiller l'évolution.

En endodontie, l'imagerie 2D intra-orale reste l'examen de première intention. Le CBCT ne doit pas être utilisé d'emblée si une radiographie moins irradiante suffit. Il peut cependant être indiqué lorsque les signes cliniques sont contradictoires, lorsque les clichés 2D sont insuffisants ou en cas d'anatomie complexe : canaux supplémentaires, calcifications, résorptions, perforations, instruments fracturés, lésions périapicales étendues, pathologie persistante après traitement, suspicion de fracture radiculaire ou sinusite maxillaire d'origine endodontique. Si un CBCT est prescrit, le champ doit être le plus petit possible, centré sur la question clinique.

Pour les douleurs orofaciales et les troubles temporo-mandibulaires, l'imagerie n'est pas un examen de routine. Elle doit être **réservée aux situations où les signes cliniques justifient une investigation complémentaire ou une planification thérapeutique**. La panoramique peut être utilisée pour exclure de grandes anomalies osseuses, mais elle ne suffit pas pour un diagnostic précis de l'ATM. Le CBCT est pertinent pour les structures osseuses de l'ATM ; l'IRM reste l'examen de référence pour les tissus mous, le disque, les épanchements et les phénomènes inflammatoires.

Chez l'enfant et l'adolescent, la **prudence est renforcée**. Les examens doivent être décidés en fonction du risque carieux, du risque parodontal, des antécédents, de l'éruption, des traumatismes et des signes cliniques. Les enfants et les jeunes adultes étant plus sensibles aux rayonnements, la justification doit être stricte. Les examens de suivi doivent être individualisés. Les bitewings extra-oraux doivent rester exceptionnels, car ils exposent davantage que les bitewings intra-oraux et peuvent être de moins bonne qualité ; ils peuvent toutefois être utiles chez certains enfants à besoins spécifiques ou incapables de tolérer les clichés intra-oraux. Le CBCT pédiatrique n'est pas indiqué pour la carie, mais peut être envisagé si l'imagerie 2D est insuffisante pour une pathologie, un traumatisme ou la localisation d'une dent incluse.



Enfin, le praticien qui prescrit ou réalise un CBCT est responsable de l'interprétation de tout le volume acquis, y compris les découvertes incidentes hors de la zone d'intérêt. En cas de doute, de volume complexe ou d'insuffisance d'expertise, une lecture par un radiologue oral et maxillo-facial est recommandée. En pratique, l'attitude à retenir est donc : examiner d'abord, formuler une question clinique, rechercher les anciens clichés, choisir l'examen le moins irradiant capable d'y répondre, éviter les doublons, limiter le champ du CBCT et documenter la justification dans le dossier patient.

Deux formations sont proposées à l'UFSBD pour vous tenir à jour des évolutions :

- Radioprotection des patients en odontologie : formation revalidante obligatoire
- Le cône beam : réglementations, pertinences des prescriptions et interprétation des examens



Voici un **tableau récapitulatif pratique** des recommandations ADA/AAOMR 2026 sur l'imagerie dentaire et le CBCT.

Situation clinique	Examens recommandés en première intention	Place du CBCT	À retenir en pratique
Principe général	Aucun cliché avant examen clinique	Uniquement si bénéfice diagnostique réel	L'imagerie doit répondre à une question clinique précise : antécédents, examen, risque carieux/parodontal, symptômes et anciens clichés doivent guider la décision
Caries proximales postérieures non visibles	Bitewings/rétrocoronaires	Non indiqué	Les bitewings restent l'examen de référence pour les caries interproximales postérieures
Caries proximales antérieures non visibles	Rétroalvéolaires	Non indiqué	Les rétroalvéolaires sont préférées pour les secteurs antérieurs
Caries occlusales, radiculaires ou proximales visibles	Bitewings ou rétroalvéolaires selon le cas	Non indiqué	L'imagerie peut aider à estimer la profondeur ou l'extension, mais ne doit pas être systématique
Caries des surfaces lisses sans signe pulpaire	Examen visuel	Non indiqué	L'examen clinique prime si absence de signe de pulpite ou de lésion périapicale
Maladies parodontales	Bilan 2D, bitewings verticaux si besoin	Rarement indiqué	La fréquence dépend des signes cliniques et de la réponse au traitement – la perte osseuse radiographique ne prouve pas une maladie active
Suivi parodontal	Bitewings verticaux en denture permanente	Cas complexes seulement	Utile pour suivre les niveaux osseux chez les patients avec parodontite actuelle ou antérieure
Orthodontie – bilan initial/éruption	Panoramique	Non systématique	La panoramique est l'examen initial pour l'éruption, le développement dentaire et l'alignement radiculaire
Orthodontie – malocclusion classe II/III	Téléradiographie de profil	Non systématique	À utiliser selon la sévérité de la malocclusion et la composante verticale
Orthodontie – résorption ou morphologie radiculaire	Rétroalvéolaires	Si imagerie 2D insuffisante	Les rétroalvéolaires sont les plus adaptées pour les racines et les lésions périapicales
Orthodontie – asymétrie faciale	CBCT faible dose ou téléradiographie PA si CBCT non disponible	Indiqué si utile à la prise en charge	Le CBCT faible dose peut être pertinent si l'information 3D modifie le diagnostic ou le plan de traitement
Mini-vis orthodontiques interradiculaires	2D selon le cas	Peut être indiqué	Le CBCT peut aider au choix du site et améliorer le taux de succès, mais la dose doit être justifiée
Dents de sagesse/ dents surnuméraires	Panoramique si indication clinique	Seulement si risque ou décision modifiée	Pas de dépistage systématique sans indication clinique
Dents de sagesse proches du nerf alvéolaire inférieur	Panoramique d'abord	À considérer si signes de risque	CBCT si racines projetées sur le canal, assombrissement radiculaire, perte de corticale ou déviation du canal, et si cela modifie la décision
Pathologies maxillo-faciales/ lésions osseuses	Selon contexte : 2D, panoramique, CBCT ou autre imagerie	Selon diagnostic suspecté	Approche individualisée ; adresser à un spécialiste si lésion suspecte ou découverte incidente
Troubles temporo-mandibulaires/douleurs orofaciales	Panoramique possible pour anomalies osseuses grossières	CBCT pour structures osseuses de l'ATM	Pas d'imagerie systématique des TMD – l'IRM reste la référence pour disque, tissus mous, épanchement et inflammation
Traumatismes dentoalvéolaires	Rétroalvéolaires/imagerie intra-orale	Si 2D insuffisante ou traumatisme complexe	L'imagerie complète l'examen clinique ; le CBCT peut être utile si la 2D ne répond pas à la question clinique
Endodontie – diagnostic initial	Rétroalvéolaires	Pas en première intention	La 2D reste l'examen de base – le CBCT vient en complément si les informations sont insuffisantes
Endodontie – anatomie complexe, calcification, résorption, perforation, instrument fracturé	Rétroalvéolaires, puis CBCT si besoin	Indiqué selon complexité	Utiliser le plus petit champ possible centré sur la dent concernée
Endodontie – douleurs persistantes ou pathologies après traitement	Rétroalvéolaires	Peut être indiqué	CBCT utile pour rechercher cause de l'échec, lésion persistante, fracture ou relation avec structures anatomiques
Implantologie – planification préchirurgicale	Panoramique possible au départ	Recommandé	Le CBCT est recommandé pour volume osseux, rapports anatomiques, sinus, greffes et guides chirurgicaux
Implantologie – suivi courant	Rétroalvéolaires/bitewings 2D	Si complication ou position anatomique problématique	La 2D reste l'examen de choix pour le suivi osseux péri-implantaire
Enfant/adolescent	Examens individualisés selon risque et signes cliniques	Très encadré	Pas de routine ; décision selon risque carieux, parodontal, éruption, antécédents, traumatismes
Pédodontie – panoramique initiale	Après éruption des premières molaires permanentes et incisives mandibulaires	Non systématique	Plus précoce seulement si pathologie ou indication clinique
Pédodontie – caries	Bitewings intra-oraux si indiqués	Non indiqué	Le CBCT n'est pas justifié pour détecter les caries chez l'enfant
Bitewings extra-oraux chez l'enfant	À éviter si intra-oral possible	Non concerné	Dose environ plus élevée et qualité parfois moindre ; utile seulement si l'enfant ne tolère pas l'intra-oral ou besoins spécifiques

ADHÉREZ !

**Parce que l'UFSBD parle et agit au nom
de toute la profession depuis 1966...**

Nos missions

Influer



Former

Sensibiliser

Dépister

Prévenir



NOUVEAU
ADHÉREZ EN LIGNE !



OU PAR COURRIER

Je soutiens mon UFSBD départementale

Cotisation annuelle
de 60 €

Docteur :

E-mail:

Adresse du cabinet :

☐ Je souhaite adhérer à l'UFSBD de mon département et je joins un chèque de 60 euros.

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

RETROUVEZ NOS TÉMOIGNAGES EN VIDÉO SUR LES VALEURS, LES CONVICTIONS ET L'ENGAGEMENT DE NOS MEMBRES

www.ufsbd.fr    





www.memoDENTO.fr : un nouveau site d'aide à la décision pour accompagner médecins généralistes et pharmaciens face aux urgences dentaires

Site réalisé par



L'UFSBD et la mission nationale PRIMO ont conçu un site dédié aux médecins généralistes et aux officinaux pour les aider à mieux comprendre, évaluer et orienter les situations d'urgence dentaire.

Douleur dentaire aiguë, infection, traumatisme, saignement, complication chez un patient sous anticoagulants ou bisphosphonates... les professionnels de premier recours sont régulièrement sollicités pour des situations bucco-dentaires, parfois difficiles à qualifier ou à orienter.

Afin de répondre à ce besoin, mémodonto.fr propose un outil pratique, accessible en ligne, pour accompagner les professionnels dans leur démarche d'évaluation, de conseil et d'orientation.

Un arbre décisionnel pour mieux évaluer le niveau d'urgence

Le site repose principalement sur un **arbre décisionnel simple et pédagogique**, qui sert à identifier les principaux signes d'alerte, à évaluer le degré d'urgence et à guider le professionnel vers la conduite à tenir la plus adaptée.

L'objectif n'est pas de remplacer la consultation dentaire, mais de fournir une aide structurée pour mieux distinguer :

- > les situations nécessitant une orientation rapide vers un chirurgien-dentiste ;
- > les urgences nécessitant une prise en charge médicale immédiate ;

- > les situations pouvant relever d'un conseil, d'une surveillance ou d'une consultation programmée.

Mieux prescrire, notamment les antibiotiques

Face aux douleurs ou aux infections dentaires, la prescription d'antibiotiques est une question fréquente en médecine générale comme en officine. Le site apporte des repères pratiques pour aider à déterminer **quand une antibiothérapie est indiquée et quand elle ne l'est pas**, conformément aux recommandations en vigueur.

Cette approche vise à favoriser une prescription adaptée, à limiter les prescriptions inutiles et à rappeler que la prise en charge dentaire locale reste souvent indispensable.

Des contenus spécifiques pour les situations à risque, des vidéos pratiques et des tutos de recommandations en santé orale

Le site propose également des informations dédiées aux prises en charge particulières, notamment chez les patients sous anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires, sous bisphosphonates, immunosuppresseurs...

Il fournit aussi des vidéos pratiques pour aider les praticiens à faire un examen endobuccal complet, de nombreuses explications sur les dents et leurs complications, ainsi que des tutos sur les recommandations en santé orale.

Les professionnels curieux pourront ainsi parfaire leurs connaissances et répondre au mieux aux demandes des patients en attendant de voir un chirurgien-dentiste.

18



Interview Dr Willy BOUTFOL

Médecin généraliste, Centre Régional en Antibiothérapie des Pays de la Loire, mission nationale PRIMO

Quelle est la genèse du projet ? Pourquoi avoir imaginé un outil spécifiquement destiné aux médecins généralistes et aux pharmaciens face aux urgences dentaires ?

Les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine sont régulièrement amenés à recevoir des patients consultant pour des douleurs dentaires. Ces situations posent toujours des difficultés, avant tout diagnostiques, avec en arrière-pensée la crainte de passer à côté d'une urgence infectieuse. Ces difficultés viennent notamment du manque de formation sur l'anatomie et l'examen bucco-dentaire. Pourtant, en tant que professionnels de premier recours, et au même titre que nous sommes amenés à prendre en charge une dyspnée ou une douleur thoracique, les douleurs dentaires peuvent aussi faire partie de notre champ de compétence. La mission nationale PRIMO, mission de prévention des infections et de l'antibiorésistance, et l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, en lien avec le réseau des Centres Régionaux en Antibiothérapie et d'autres acteurs, ont imaginé le site Mémodonto, qui vient répondre à ces enjeux : apporter les éléments nécessaires et suffisants pour interroger et examiner un patient consultant pour une urgence dentaire.

En quoi l'arbre décisionnel peut-il aider concrètement un médecin ou un pharmacien dans sa pratique quotidienne ?

L'arbre décisionnel a été imaginé pour orienter facilement le médecin ou le pharmacien, à partir d'éléments de l'interrogatoire simples et discriminants. Il n'est pas possible de proposer un diagnostic précis étant donné les moyens dont disposent ces professionnels, mais l'arbre décisionnel aide à répondre à deux questions essentielles :

- le patient a-t-il besoin d'antibiotiques ? ;
- le patient doit-il recourir au chirurgien-dentiste et si oui, dans quel délai ?

Une fois la pathologie identifiée, l'arbre décisionnel propose une conduite à tenir pragmatique, avec des prescriptions et des conseils utiles.

La prescription d'antibiotiques est souvent une question sensible dans les douleurs ou les infections dentaires : que peut apporter ce site sur ce point ?

Que ce soit dans l'imaginaire collectif ou dans les habitudes des professionnels de santé, l'urgence dentaire est souvent synonyme de prescription d'antibiotiques. Les enjeux actuels autour de la lutte contre l'antibiorésistance nous incitent à rationaliser nos prescriptions. En rappelant la physiopathologie et les signes cliniques des différentes entités, Mémodonto favorise la compréhension du raisonnement diagnostique et aide à l'appropriation de la décision de ne pas prescrire d'antibiotiques. Dans les messages forts du site : la faible part des situations nécessitant une antibiothérapie (cellulite, abcès apical et périodontite essentiellement), l'absence totale d'indication de l'association spiramycine-métronidazole ou encore l'importance de la prévention qui contribue, *in fine*, à un moindre usage des antibiotiques.

Comment ce projet peut-il améliorer la coordination entre médecins généralistes, pharmaciens et chirurgiens-dentistes ?

La gestion des urgences dentaires est une belle opportunité de développer la collaboration pluriprofessionnelle à plusieurs titres.

- Les chirurgiens-dentistes, parfois éloignés des projets d'équipe, peuvent s'investir et apporter leur expertise.
- Le parcours patient est formalisé au sein d'une équipe : dans une logique d'efficacité, avec les difficultés d'accès au chirurgien-dentiste que chacun connaît, l'enjeu est de pouvoir orienter les bons patients au bon moment. Ce parcours ne peut s'imaginer qu'en faisant participer l'ensemble des acteurs concernés.
- Des actions de prévention sont développées auprès du grand public, dans lesquelles tout soignant, chirurgien-dentiste ou non, peut s'investir. Sans oublier les professionnels de santé eux-mêmes, qui ont sûrement des choses à apprendre pour leur propre santé !

Au cabinet, chaque minute compte. Ayez les bons outils !

**La boutique réservée
aux professionnels dentaires**



100 flyers
recommandations
patients **46 €**



Lot de
3 affiches **45⁸⁰ €**



Mâchoire de
démonstration **58 €**



100 flyers nettoyage
interdentaire
patients **46 €**



Dent géante
en coupe **128 €**



50 tubes de
dentifrice 25ml **50 €**



Modèle bridge
versus implant **58 €**



Lot de
3 affiches **45⁸⁰ €**



Miroir patient **12 €**

FLYERS DE RECOMMANDATION - MATÉRIEL DE DÉMONSTRATION - AFFICHES...

ACCÈS À

LA BOUTIQUE PRO



ufsbdpro.fr

Alimentation et santé bucco-dentaire

À l'occasion de la publication en France d'un nouveau traité de nutrition auquel l'UFSBD a contribué, nous lançons dans ce magazine une série d'articles originaux destinés aux chirurgiens-dentistes. Cette initiative fait suite à une enquête montrant que professionnels et étudiants s'estiment insuffisamment formés sur ce sujet.

Ce premier article s'intéresse à la relation réciproque entre alimentation et santé bucco-dentaire dans le cadre d'une prise en charge globale de la santé. Les prochains porteront sur des focus autour de différentes catégories alimentaires, les boissons, les produits céréaliers, les fruits et légumes, les produits laitiers et aliments protéiques.



Alimentation et santé bucco-dentaire : deux versants d'une même relation

De l'impact cariogène des aliments à la préservation de la fonction masticatoire.

*Le conseil alimentaire en prévention bucco-dentaire est le plus souvent formulé dans un seul sens : réduire les sucres pour protéger les dents. Or les échanges notamment avec les médecins nutritionnistes permet de réfléchir dans un autre sens – **protéger les dents pour préserver la capacité de s'alimenter**. Il faut rappeler les déterminants réels du potentiel cariogène, mais aborder le rôle de la fonction masticatoire dans le statut nutritionnel et notamment les apports protéiques, du plus jeune âge au grand âge.*

Il est nécessaire de préciser le vocabulaire à employer pour conseiller sans culpabiliser. Les différents nutriments sont tous autant utiles à la vie quotidienne pour les différentes fonctions vitales et cognitives.

Reste à trouver le bon équilibre.

La relation entre alimentation et santé bucco-dentaire est le plus souvent envisagée dans un seul sens : **l'aliment agresse la dent**. Les sucres libres, les amidons transformés, les boissons acides et la fréquence des prises alimentaires constituent effectivement des déterminants majeurs de la maladie carieuse et de l'usure érosive.

Ce sens de lecture est indispensable, mais il est incomplet dans le cadre d'une approche de santé globale. La relation est en réalité bidirectionnelle. **La bouche n'est pas seulement la cible de l'alimentation** : elle en est le premier organe. Voir, sentir, goûter, mastiquer, saliver, former un bol alimentaire et le déglutir constituent les étapes initiales de la digestion. Lorsque ces fonctions se dégradent – chez l'enfant qui n'apprend pas à mastiquer, chez l'adulte qui perd des unités dentaires fonctionnelles, chez le sujet âgé porteur d'une prothèse inadaptée ou d'une hyposialie – c'est l'alimentation elle-même qui se modifie, et le plus souvent dans un sens doublement défavorable : plus molle, plus transformée, plus glucidique, moins riche en protéines et en micronutriments.

Le chirurgien-dentiste se trouve donc à un carrefour singulier. Il est l'un des rares professionnels de santé à pouvoir agir simultanément sur le **risque carieux d'origine alimentaire** et sur la **capacité physique du patient à s'alimenter correctement**. Cet article propose de tenir les deux extrémités de cette chaîne, avant qu'une série d'articles à venir ne détaillent, aliment par aliment, le mode d'emploi à transmettre aux patients.

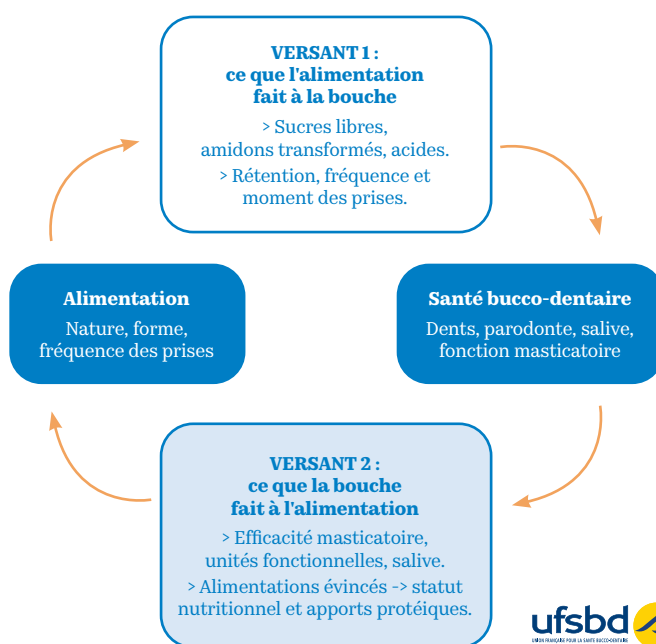


Figure 1. La relation bidirectionnelle entre alimentation et santé bucco-dentaire.

Premier versant : ce que l'alimentation fait aux tissus dentaires

UNE MALADIE DE DÉSÉQUILIBRE.

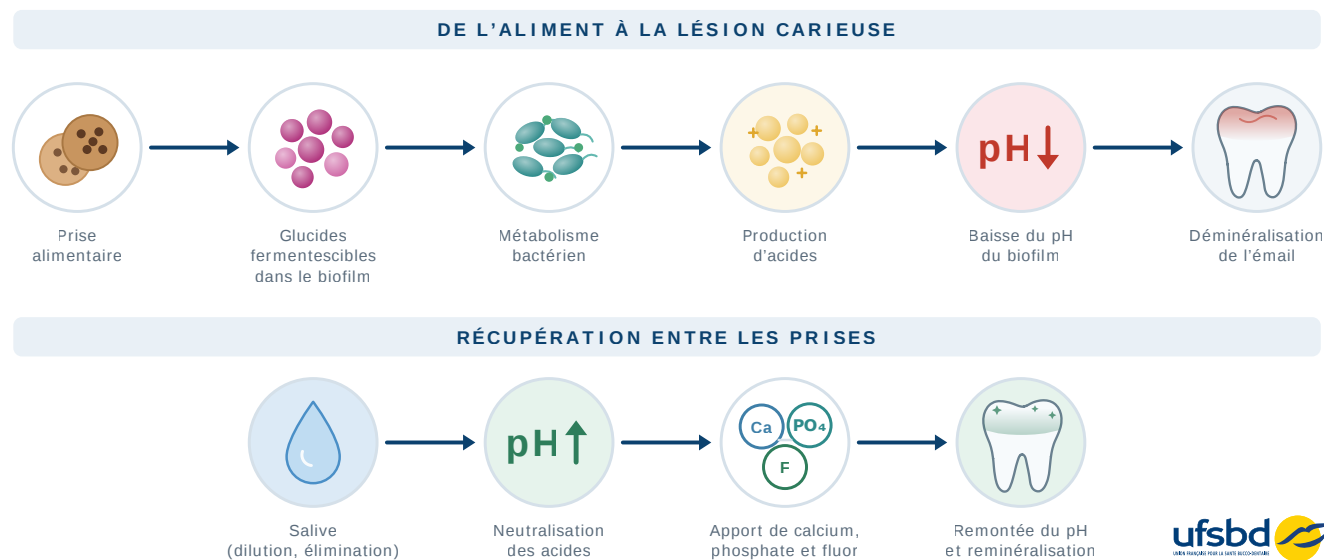
La carie dentaire est aujourd'hui décrite comme une maladie chronique non transmissible, biofilm-dépendante, modulée par l'alimentation et fortement influencée par les déterminants sociaux et comportementaux.

Après chaque prise contenant des glucides fermentescibles, les bactéries du biofilm métabolisent ces substrats et produisent des acides organiques. Le pH local diminue, le fluide entourant les cristaux devient sous-saturé en calcium et en phosphate, et les minéraux diffusent hors de l'émail ou de la dentine. Entre deux expositions, la salive

dilue les substrats, tamponne les acides, réapporte des ions minéraux et permet une reminéralisation, facilitée en présence de fluor.

La lésion carieuse ne résulte donc pas d'une exposition isolée, mais d'un déséquilibre installé dans le temps entre épisodes de déminéralisation, périodes de récupération et capacités de réparation. L'influence de l'alimentation sur les pathologies carieuses est liée plus à la répétition des prises qu'à la quantité des glucides et/ou d'aliments acides.

Figure 2.



QUATRE VARIABLES PLUS DÉTERMINANTES QUE LA TENEUR EN GLUCIDES

La quantité totale de glucides d'un produit renseigne mal sur son effet réel au niveau bucco-dentaire. Quatre dimensions déterminent le potentiel cariogène :

- 1 La nature des glucides - saccharose, glucose, fructose, lactose, maltose -**
Les oses simples occupent une place particulière car ils servent aussi à la synthèse de polysaccharides extracellulaires qui renforcent l'adhésion et la cohésion du biofilm bactérien ;
- 2 Le degré de transformation - cuisson, extrusion, soufflage, broyage, raffinage -**
Cuisson, gélatinisation, extrusion, soufflage, broyage et raffinage désorganisent les granules d'amidon, les glucides complexes et augmentent leur accessibilité à l'amylase salivaire ;
- 3 La texture et la rétention - adhésivité, friabilité, dissolution lente, forme liquide -**
Un produit collant, friable ou à dissolution lente prolonge l'exposition bien au-delà du temps de consommation (un morceau de sucre fond et est évacué rapidement, les céréales du petits déjeuner restent des heures en place) ;
- 4 La fréquence et le moment des prises - nombre de prises, sirotage, grignotage, prise nocturne -**
C'est probablement la variable la plus déterminante, et la plus facile à modifier.

La teneur totale en sucres, seule, ne permet pas de prédire l'effet réel sur les tissus dentaires.

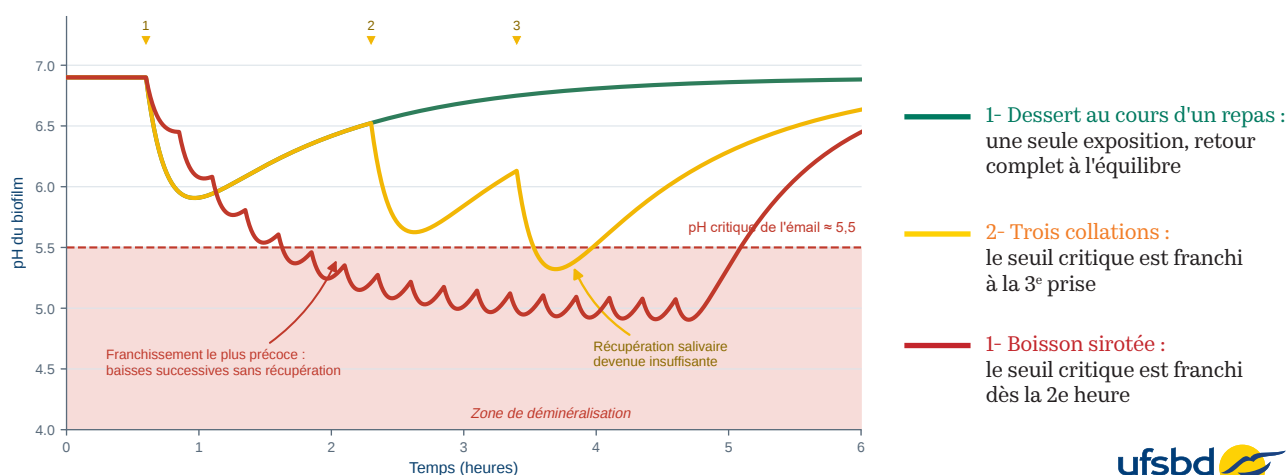
Figure 3. Les quatre dimensions du potentiel cariogène d'un aliment.

Un même aliment peut ainsi correspondre à trois niveaux de risque selon le patient, son biofilm, son débit salivaire, son hygiène et son mode de consommation. **Cette distinction entre potentiel cariogène de l'aliment et risque carieux réel du patient constitue le socle d'un conseil individualisé**

Un même apport en sucres, trois expositions très différentes :

Figure 4. Évolution du pH du biofilm selon le mode de consommation, à apport glucidique comparable.

Le sirotage/grignotage prolongé maintient le milieu buccal sous le pH critique et empêche la récupération salivaire (représentation schématique).



L'ÉROSION : UN SECOND MÉCANISME ACIDE

L'**usure érosive** doit être distinguée de la carie. Les acides proviennent directement d'une source extrinsèque – sodas, jus, boissons énergisantes et sportives, eaux aromatisées acides, vinaigres, citron – ou intrinsèque, en cas de reflux ou de vomissements répétés. Aucune bactérie n'est nécessaire.

Cette distinction corrige une idée fausse tenace dans la population : une boisson peut être sans sucres, peu calorique et perçue comme saine tout en étant agressive pour les tissus dentaires. **Le sirotage prolongé est, ici encore, le mode de consommation le plus délétère.** L'érosion est en très forte augmentation sur les 20 dernières années. Notamment l'eau gazeuse est acide par la présence d'acide carbonique lors de la gazéification.

CE QUE LE FLUOR PEUT ET NE PEUT PAS FAIRE

Le **dentifrice fluoré** favorise la reminéralisation et rend l'émail plus résistant aux attaques acides. Il constitue un **facteur protecteur majeur**, mais il ne compense pas à lui seul une exposition alimentaire trop fréquente. Le fluor topique agit comme une ceinture de sécurité : indispensable, mais qui ne dispense pas de réduire les expositions. Il est nécessaire d'avoir une modulation en fonction du risque carieux du patient et de son âge et sa physiologie



MESSAGE À FAIRE PASSER

Ce n'est pas la quantité de sucre consommée qui construit la lésion, mais la répétition d'épisodes acides suffisamment fréquents et prolongés pour dépasser les capacités de réparation salivaire.

Agir sur la fréquence et sur la forme de la prise est souvent plus efficace que d'agir sur la quantité.

Second versant : la fonction masticatoire, condition de la nutrition

MASTIQUER N'EST PAS SEULEMENT BROIER

La mastication assure la fragmentation des aliments et la formation d'un bol alimentaire. Elle augmente la surface de contact offerte aux enzymes digestives, initie l'hydrolyse par les amylases et les lipases salivaires, et déclenche les signaux sensoriels et céphaliques qui préparent les sécrétions gastriques et pancréatiques. C'est la première étape de la digestion.

Elle exerce en outre **trois fonctions souvent oubliées** : **En prévention** : elle **stimule la salivation** et donc la clairance buccale et le pouvoir tampon ; elle **participe à l'autonettoyage des surfaces dentaires** ; et elle **entretient la masse et la coordination des muscles masticateurs**.

Définition de la clairance buccale (ou clairance salivaire) :
désigne la capacité de la cavité buccale à éliminer les résidus alimentaires, les sucres, les acides et les micro-organismes grâce au flux de salive et aux mouvements de déglutition. Ce mécanisme physiologique joue un rôle de nettoyage et protège les dents contre les attaques acides et le développement des caries.



CHEZ L'ENFANT : UNE FONCTION QUI S'APPREND

La **mastication** participe à la **croissance oro-faciale**, à la **stimulation musculaire** et au **développement des arcades**. Elle ne s'installe pas spontanément : elle s'acquiert par une exposition progressive à des textures diversifiées, au fil des éruptions dentaires.

Le maintien durable d'une alimentation écrasée, mixée, fondante ou consommée en gourde retarde cet apprentissage. Il cumule alors deux inconvénients : une stimulation masticatoire insuffisante et, très souvent,

une densité glucidique plus élevée pour une rétention plus importante. Favoriser la mastication ne signifie pas imposer une alimentation dure ou inadaptée à l'âge, mais accompagner l'enfant vers des textures qui sollicitent réellement l'appareil manducateur : fruit entier plutôt que jus ou compote, légumes à croquer selon l'âge, pain de bonne texture, aliments peu transformés, repas structurés.

CHEZ L'ADULTE ET LE SUJET ÂGÉ : DE L'EFFICACITÉ MASTICATOIRE AU STATUT NUTRITIONNEL

La **capacité masticatoire** dépend du nombre et de la répartition des unités fonctionnelles occlusales, de la stabilité prothétique, de l'état parodontal, du débit salivaire et de la force des muscles masticateurs. Chacun de ces paramètres se dégrade avec l'avancée en âge, souvent de façon cumulative.

Les conséquences alimentaires sont documentées : **le statut dentaire est associé au statut nutritionnel du sujet âgé**. Une denture insuffisante, associée à une réduction du flux salivaire d'origine médicamenteuse, diminue la consommation d'aliments fibreux et nécessitant une mastication. Le patient se tourne alors vers des légumes trop cuits, des fruits mixés ou cuits,

des produits mous, et parfois vers des compléments hyperénergétiques liquides sucrés consommés de façon fractionnée – configuration particulièrement défavorable sur le plan carieux.

La masse musculaire s'entretient par la qualité nutritionnelle, mais aussi par des exercices, même pour les muscles masticateurs. La Fédération Dentaire Internationale (FDI) a notamment publié un **guide** dans ce sens.



LE POINT PROTÉIQUE

C'est ici que le raisonnement devient spécifiquement nutritionnel, et que le chirurgien-dentiste a un rôle déterminant à jouer.

Les aliments les plus exigeants sur le plan masticatoire sont précisément ceux qui portent la densité protéique la plus élevée : viandes, poissons entiers, légumineuses, fruits

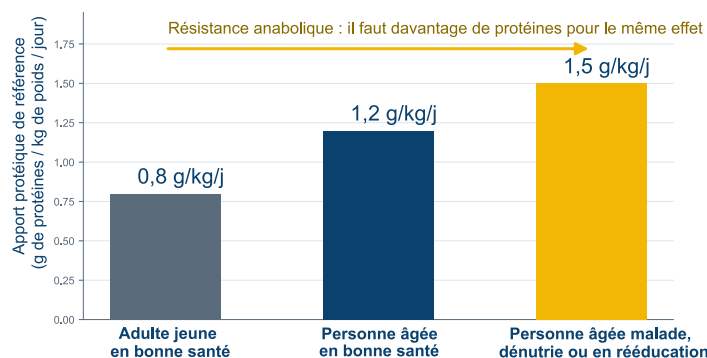
à coque, certains fromages à pâte ferme. Ce sont donc les premiers à être évincés lorsque la mastication devient difficile ou douloureuse. Les aliments de substitution spontanément choisis – pain de mie, biscuits, purées, produits laitiers sucrés, ... – sont majoritairement glucidiques.

Cette éviction survient au moment de la vie où les besoins protéiques sont les plus élevés. Il faut ici lutter contre une idée reçue tenace, partagée par de nombreux patients et parfois par les professionnels de santé : **les besoins nutritionnels ne diminuent pas avec l'âge, ils augmentent**. Si les besoins énergétiques peuvent effectivement se réduire avec la baisse d'activité, les besoins protéiques évoluent en sens inverse, car l'efficacité d'utilisation des nutriments décline. La captation splanchnique des acides aminés augmente, la réponse anabolique du muscle à un apport protéique donné s'émousse et une part croissante des protéines ingérées n'est plus disponible pour la synthèse musculaire.

Il faut donc davantage de protéines pour obtenir le même effet. Les recommandations gériatriques situent l'apport souhaitable chez la personne âgée autour de **1,2 g de protéines par kilogramme du poids idéal et par jour**, et jusqu'à **1,5 g/kg/j** en situation de pathologie aiguë, de dénutrition installée ou de rééducation.

Les besoins protéiques augmentent avec l'âge :

Figure 5. Apports protéiques de référence selon l'âge et l'état de santé. Les valeurs sont indiquées à titre de repère et doivent être individualisées, notamment en cas d'insuffisance rénale.





À titre de comparaison, la référence retenue chez l'adulte jeune est proche de 0,8 g/kg/j. C'est précisément l'inverse de ce que l'on entend souvent au fauteuil : « à mon âge, je mange moins, c'est normal ».

Quand les apports observés diminuent – et l'une des causes est mécanique – le déficit qui s'installe favorise la perte de masse et de force musculaires, dont celle des muscles masticateurs eux-mêmes, et alimente la spirale sarcopénie – dénutrition – perte d'autonomie.

Sur le plan de l'assimilation, la mastication conditionne la surface d'attaque offerte aux protéases : un bol alimentaire insuffisamment fragmenté ralentit la protéolyse et peut réduire la biodisponibilité des acides aminés. Ce mécanisme est physiologiquement bien établi ; il faut toutefois souligner que **la démonstration clinique d'un gain d'assimilation protéique attribuable à la seule amélioration de la mastication à un impact limité. La voie mieux documentée reste indirecte, mais elle est majeure : préserver la mastication initiale, c'est préserver l'accès aux aliments protéiques.**

UNE IDÉE REÇUE À COMBATTRE

Vieillir ne diminue pas les besoins protéiques : il les augmente, parce que l'organisme utilise moins efficacement les protéines qu'il reçoit.

Repère : environ 0,8 g/kg/j chez l'adulte jeune, 1,2 g/kg/j du poids idéal chez la personne âgée, jusqu'à 1,5 g/kg/j en situation de maladie ou de dénutrition.

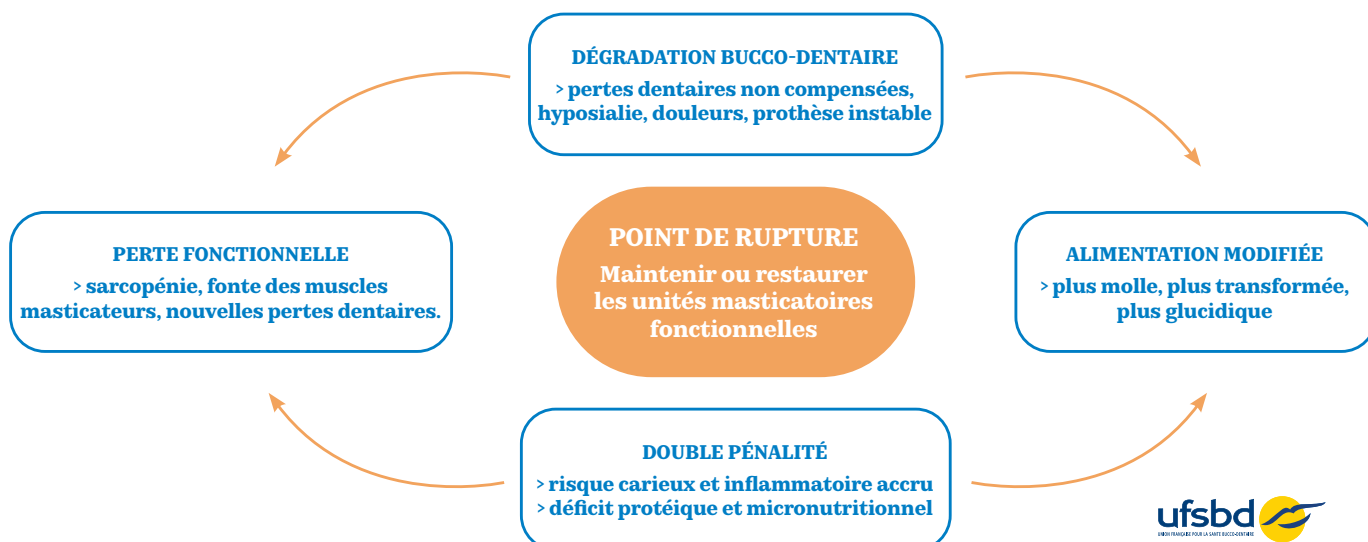
Le message « à mon âge je mange moins, c'est normal » doit être corrigé, y compris au cabinet dentaire.

UN CERCLE VICIEUX À ROMPRE

Une bouche dégradée conduit à une alimentation plus molle, plus transformée et plus glucidique. Cette alimentation entretient le risque carieux et un contexte inflammatoire défavorable au parodonte. La progression carieuse et parodontale entraîne de nouvelles pertes dentaires, qui dégradent encore la mastication.

La santé bucco-dentaire devient alors, littéralement, une condition de l'autonomie nutritionnelle. Interrompre ce cercle relève d'une logique de prévention : maintenir ou restaurer un nombre suffisant d'unités masticatoires fonctionnelles, contrôler l'hyposialie, réévaluer les prothèses, et repérer précocement la dénutrition.

Figure 6. Le cercle vicieux bouche – alimentation, et son point de rupture.



Découvrez votre portail professionnel !

DES RESSOURCES
THÉMATIQUES
Tabac
Diabète
Radioprotection
...

L'ACCÈS DIRECT
À TOUTES
NOS FORMATIONS

DU REPLAY

DES FICHES
PRATIQUES

NOS
RESSOURCES
THÉMATIQUES

NOS
FICHES
PRATIQUES

NOS
FORMATIONS

NOS
CONFÉRENCES
EN REPLAY

NOS
PUBLICATIONS

ÉTUDIANTS ET
JEUNES
DIPLOMÉS

Rejoignez l'UFSBD:
Soutenez, Adhérez !

La BoutiquePro

Nos Partenaires

Prix de Thèse

Nos formations

FORMATION

Nos vidéos YouTube

Nos vidéos YouTube

YouTube

Nos Fiches et Outils
Pratiques

Nos Fiches et Outils
Pratiques

Nos magazines pour
l'Équipe Dentaire

Nos magazines pour
l'Équipe Dentaire

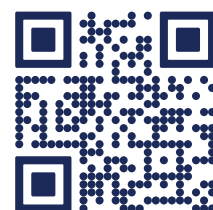
UN ESPACE
JEUNES
DIPLOMÉS

www.ufsbd.fr/espace-pro/

Un boutique avec des
supports pédagogiques
pour vos patients

INCLUS
DES TUTOS
EN VIDÉOS

À DÉCOUVRIR





MESSAGE CLÉ

Réduire les sucres libres protège les dents. Préserver la mastication protège l'alimentation tout au long de la vie. Une prévention bucco-dentaire complète tient les deux objectifs ensemble, et ils convergent : les aliments qui sollicitent la mastication sont généralement ceux dont le potentiel cariogène est le plus faible.

Une question de vocabulaire : conseiller sans ordonner

POURQUOI CETTE PRÉCAUTION EST DEVENUE INDISPENSABLE ?

Les troubles des conduites alimentaires sont en augmentation, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes, et leurs formes subcliniques – restriction, rigidité alimentaire, culpabilité après les repas, catégorisation morale des aliments – sont bien plus fréquentes encore que les formes constituées.

Cette réalité concerne directement le cabinet dentaire, pour deux raisons.

La première est que le chirurgien-dentiste est parfois le premier professionnel à en observer les conséquences. Une usure érosive des faces palatines des incisives maxillaires, une hypertrophie parotidienne, une xérostomie ou des hypersensibilités inexpliquées chez un sujet jeune

peuvent en constituer les premiers signes objectivables, parfois avant tout diagnostic médical.

La seconde est que le conseil alimentaire n'est pas un acte neutre. Un patient présentant une fragilité alimentaire, connue ou non, peut surréagir à une phrase prononcée sans intention particulière. Une remarque sur le sucre, une injonction à supprimer un aliment, un commentaire sur le grignotage, peuvent être reçus comme une validation d'un discours de restriction déjà installé, ou comme une confirmation d'une culpabilité existante. Un conseil de prévention carieuse ne doit jamais devenir le point d'appui d'une conduite restrictive.

LE PRINCIPE : ON N'INTERDIT PAS, ON INFLÉCHIT

L'un des grands principes de la communication nutritionnelle est de proscrire l'interdit et de raisonner en tendances. Les recommandations de Santé publique France privilégient explicitement des formulations d'orientation – « **augmenter** », « **réduire** », « **tendre vers** », « **aller vers** » – plutôt que des injonctions binaires.

Cette approche n'est pas un affadissement du message : elle est à la fois plus efficace sur le plan de l'adhésion et plus juste sur le plan scientifique. Aucun aliment n'est en lui-même interdit, ni coupable. Ce sont la fréquence, la forme, le moment et le contexte de consommation qui

déterminent le risque. Le vocabulaire de l'interdit est donc doublement inadapté : il stigmatise, et il décrit mal la réalité biologique.

Cela a une conséquence pratique heureuse : **déplacer le conseil de l'aliment vers le comportement est simultanément plus exact et moins risqué**. Dire « ce que la dent supporte mal, c'est la répétition tout au long de la journée » est scientifiquement plus précis que « il faut arrêter les bonbons », et n'assigne aucune valeur morale à un produit.

VOCABULAIRE

À ÉVITER	À PRIVILÉGIER
« Il faut supprimer / arrêter / interdire... »	« On pourrait réduire... », « on peut tendre vers... »
« C'est mauvais », « c'est de la malbouffe »	« Cet aliment reste longtemps au contact des dents »
Aliments « bons » / « mauvais », « interdits », « à bannir »	Aliments « du quotidien » / « occasionnels »
« Vous mangez trop de... »	« Combien de fois dans la journée cela arrive-t-il ? »
« Vous êtes responsable de vos caries »	« Cherchons ensemble ce qui est le plus facile à modifier »
Toute remarque sur le poids ou le corps du patient	Aucune. Ce n'est pas le champ du chirurgien-dentiste
Faire tenir un relevé alimentaire détaillé et chiffré à un jeune patient	Faire décrire une journée type, sans quantification

Deux réflexes complètent ce tableau. Le premier est de ne jamais proposer un objectif de suppression totale : un objectif atteignable et partiellement respecté vaut mieux qu'un objectif idéal abandonné. Le second est de valoriser systématiquement ce qui est déjà fait, avant d'évoquer ce qui pourrait évoluer.

MESSAGE CLÉ

On ne parle pas d'aliments interdits, on parle de **fréquence**, de **forme** et de **moment**.

On n'ordonne pas, on propose une tendance.



FRÉQUENCE

Plus c'est fréquent, plus le risque pour les dents augmente.



FORME

La forme compte : boissons, collations collantes, liquides, solides...

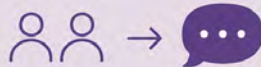


MOMENT

Le moment dans la journée aussi joue un rôle.



Et lorsque le déséquilibre dépasse le champ bucco-dentaire, on adresse plutôt que d'improviser.



REPÉRER UNE FRAGILITÉ ET SAVOIR S'ARRÊTER

Certains éléments doivent conduire le praticien à interrompre le conseil alimentaire et à réorienter l'échange : rigidité importante du discours sur l'alimentation, listes d'aliments exclus, culpabilité verbalisée après les prises, préoccupation intense pour le poids, alternance de restriction et de prises massives, ou usure érosive inexpliquée chez un sujet jeune.

Dans ces situations, la conduite à tenir est de :

- > ne pas interpréter à voix haute, ne pas confronter, ne pas commenter le corps ;
- > consigner les constats objectifs dans le dossier – localisation et sévérité des lésions érosives, hyposalie, hypertrophie parotidienne ;
- > rester sur son domaine de compétence : protection des tissus dentaires, fluoruration, conseils post-exposition acide, suivi rapproché ;
- > poser une question ouverte et non orientée, du type « est-ce que votre alimentation est un sujet compliqué pour vous en ce moment ? », et accepter que la réponse soit négative ;
- > orienter, sans dramatiser, vers le médecin traitant.

SAVOIR DÉLÉGUER

Le chirurgien-dentiste **identifie des expositions à risque** **Libucco-dentaire**. Il ne **prescrit pas une alimentation**.

Dès lors qu'un déséquilibre nutritionnel important est suspecté – dénutrition, carences, régime d'exclusion étendu, trouble du comportement alimentaire, obésité avec comorbidités – **l'accompagnement relève d'un médecin nutritionniste ou d'un diététicien**, en lien avec le médecin traitant. Pour les troubles des conduites alimentaires, la prise en charge est par nature pluriprofessionnelle.

Cette délégation n'affaiblit pas le rôle du praticien : elle le précise. Le chirurgien-dentiste apporte à ces confrères une information que personne d'autre ne détient – l'état fonctionnel de l'appareil manducateur, les capacités masticatoires réelles, les expositions acides et sucrées documentées au fauteuil.

Conduite à tenir au fauteuil

EXPLORER LE VERSANT CARIOGÈNE

- > Faire **décrire une journée type** plutôt que demander « mangez-vous sucré ? » ;
- > Que faites-vous quand vous avez une petite faim et que le repas n'est pas prêt ?
- > **Rechercher la fréquence, la durée** d'exposition, **la texture** et **le moment** des prises ;
- > **Identifier les expositions** non perçues comme sucrées : céréales, crackers, barres, gourdes, pastilles, boissons sirotées ; les fruits frais en dehors des repas.
- > **Interroger les achats hebdomadaires**, souvent mieux mémorisés que la consommation quotidienne.
- > Si votre enfant n'a pas bien mangé au repas et qu'il vous dit qu'il a faim, que faites-vous ?

REPÉRER LA DÉNUTRITION

Des signes d'appel accessibles à l'examen et à l'entretien : vêtements devenus larges, fonte musculaire des temporaux et des masséters, asthénie, allongement de la durée des repas, aliments coupés en très petits morceaux, évitement des repas en société, substitution de boissons ou

EXPLORER LE VERSANT FONCTIONNEL

- > **Compter les unités** occlusales fonctionnelles et évaluer la stabilité prothétique ;
- > **Demander quels aliments** le patient a cessé de consommer, et depuis quand – la réponse est souvent plus informative qu'un questionnaire alimentaire ; rechercher : difficultés à mastiquer viande ou crudités, aliments coupés en petits morceaux, allongement de la durée des repas, évitement des repas en société, sécheresse buccale, douleurs.
- > Chez l'enfant, les parents se plaignent qu'il mange lentement. **Évaluer la capacité masticatoire**. Parfois les malpositions interfèrent sur la qualité de l'alimentation (décalages latéraux ou antéro postérieur important, dents manquantes).

de compléments liquides à un repas.

Les critères de perte de poids retenus par la HAS pour le diagnostic de dénutrition constituent un repère simple à mémoriser, car il est presque identique dans les trois populations.

Ces critères sont des critères phénotypiques : leur association à un critère étiologique est requise pour porter le diagnostic. Le chirurgien-dentiste n'a pas à poser ce diagnostic, mais il est souvent le premier à

disposer de l'indice fonctionnel qui l'explique. Signaler au médecin traitant qu'un patient a cessé de consommer viande et crudités depuis six mois est une information nutritionnelle de première valeur.

POPULATION	CRITÈRES DE PERTE DE POIDS
Adultes de moins de 70 ans	≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois
Personnes de 70 ans et plus	≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois, ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel stable avant le début d'une maladie
Enfants	≥ 5 % en 1 mois, ≥ 10 % en 6 mois, ou baisse de 10 % par rapport au poids de référence

AGIR

- > **prioriser** une exposition à modifier, la plus fréquente et la plus accessible, plutôt que d'énumérer des interdits ;
- > **réhabiliter** la fonction avant de conseiller des textures que le patient ne peut pas gérer : un conseil d'alimentation fibreuse adressé à un patient qui ne peut pas mastiquer est inapplicable et décrédibilise le message ;
- > **orienter** vers le médecin traitant, un diététicien ou un médecin nutritionniste en cas de suspicion de dénutrition ou de déséquilibre important ;
- > chez le sujet âgé, **envisager** les exercices d'entretien des muscles masticateurs, notamment la brochure d'exercices publiée par la FDI.

Des questions suffisent souvent à ouvrir le sujet :
« Y a-t-il des aliments que vous avez arrêté de manger parce que c'est devenu difficile ? » ; « quel est l'aliment ou boisson que vous consommez le plus ? » ; « Avez-vous perdu du poids ces derniers mois ? ».

CONCLUSION

✓ **L'alimentation agit sur la bouche, et la bouche agit sur l'alimentation. Le premier versant est bien identifié par la profession ; le second reste insuffisamment intégré aux messages de prévention, alors qu'il détermine le statut nutritionnel, la masse musculaire et l'autonomie d'une population qui vieillit.**

✓ **Tenir ces deux versants ensemble donne au chirurgien-dentiste un positionnement clair dans le champ nutritionnel : il ne prescrit pas une alimentation, il protège la capacité de s'alimenter et il réduit les expositions qui déséquilibrent le milieu buccal. Encore faut-il le faire avec les mots justes : en tendances plutôt qu'en interdits, et en sachant adresser lorsque le déséquilibre dépasse le champ bucco-dentaire.**

Et la suite ? Une série d'articles passeront en revue les grandes familles d'aliments – boissons ; produits céréaliers et snacks salés ; fruits et légumes sous toutes leurs formes ; produits laitiers et aliments protéiques – pour en dégager, pour chacune, le mode d'emploi concret que le praticien peut transmettre à son patient : quelle forme privilégier, à quel moment, avec quelle boisson, et à quelle fréquence. Un article de synthèse proposera enfin les messages à délivrer selon l'âge et le niveau de risque.

Bibliographie :

1. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: WHO; 2022.
2. Frencken JE. Dental caries and caries epidemiology. In: Eden E, ed. Evidence-Based Caries Prevention. 2nd ed. Cham: Springer; 2025:1-21.
3. Caglar E, Kuşcu ÖÖ. The role of diet in caries prevention. In: Eden E, ed. Evidence-Based Caries Prevention. 2nd ed. Cham: Springer; 2025:105-126.
4. Moynihan P, Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. Public Health Nutr. 2004;7(1A):201-226.
5. World Health Organization. Guideline: sugars intake for adults and children. Geneva: WHO; 2015.
6. Moynihan P. Sugars and dental caries: evidence for setting a recommended threshold for intake. Adv Nutr. 2016;7(1):149-156.
7. Touger-Decker R, van Loveren C. Sugars and dental caries. Am J Clin Nutr. 2003;78(4 Suppl):881S-892S.
8. Lingström P, van Houte J, Kashket S. Food starches and dental caries. Crit Rev Oral Biol Med. 2000;11(3):366-380.
9. Carvalho TS, Colon P, Ganss C, et al. Consensus report of the European Federation of Conservative Dentistry: erosive tooth wear – diagnosis and management. Clin Oral Investig. 2015;19(7):1557-1561.
10. Lussi A, Carvalho TS. Erosive tooth wear: a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. Monogr Oral Sci. 2014;25:1-15.
11. FDI World Dental Federation. The use of topical fluoride for caries prevention. Geneva: FDI; 2021.
12. Le Révérend BJD, Edelson LR, Loret C. Anatomical, functional, physiological and behavioural aspects of the development of mastication in early childhood. Br J Nutr. 2014;111(3):403-414.
13. Chan AKY, Tamrakar M, Jiang CM, Lo ECM, Leung KCM, Chu CH. Diet, nutrition, and oral health in older adults. Dent J. 2023;11(9):222.
14. Sahyoun NR, Lin CL, Krall E. Nutritional status of the older adult is associated with dentition status. J Am Diet Assoc. 2003;103(1):61-66.
15. Walls AWG, Steele JG. The relationship between oral health and nutrition in older people. Mech Ageing Dev. 2004;125(12):853-857.
16. Walls AWG, Meurman JH. Approaches to caries prevention and therapy in the elderly. Adv Dent Res. 2012;24(2):36-40.
17. Fédération Dentaire Internationale. Brochure d'exercices pour le maintien des muscles masticateurs. Genève: FDI; 2024.
18. Santé publique France. L'essentiel des recommandations sur l'alimentation. Saint-Maurice: SPF; 2019.
19. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(8):542-559.
20. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN practical guideline: clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2022;41(4):958-989.
21. Haute Autorité de Santé. Diagnostic de la dénutrition – recommandations de bonne pratique. Saint-Denis: HAS.

julie



PRESCRIVEZ EN TOUTE SIMPLICITÉ

Créez et personnalisez
vos ordonnances rapidement
depuis votre logiciel Julie.



SÉCURISEZ VOS PRESCRIPTIONS

Base médicamenteuse agréée
HAS v3, alertes et analyse des
interactions médicamenteuses.



UTILISEZ L'ASSISTANT IA MedGPT

Posez vos questions et accédez à
des informations médicales fiables,
sans quitter Julie.



E-ORDONNANCE

LA PRESCRIPTION NUMÉRIQUE, SIMPLE, RAPIDE ET SÉCURISÉE

Établissez, éditez et transmettez vos prescriptions en
toute conformité grâce à une solution certifiée Logiciel
d'Aide à la Prescription certifié (LAP) et conforme au
dispositif Ordonnance Numérique.

- + Vos ordonnances en quelques clics
- + Une bibliothèque de modèles personnalisables
- + Des alertes sur les interactions et posologies



> Je découvre e-ordonnance

Prévention en mouvement

P. 32 Enquête épidémiologique « Générations sans carie »

La CNAM a initié avec l'INSERM et l'UFSBD la réalisation d'une nouvelle enquête épidémiologique nationale sur la santé orale des jeunes.

P. 33 La BPCE et l'UFSBD unissent leurs forces pour la prévention bucco-dentaire

Le groupe BPCE (Banque populaire Caisses d'épargne), groupe coopératif français de banque universelle et d'assurance, a fait appel à l'UFSBD il y a 3 ans pour mener des actions de prévention et en 2026 un programme national voit le jour.



Enquête épidémiologique « Générations sans carie »

Mise à jour des données de la santé bucco-dentaire des jeunes

L'Assurance Maladie a renforcé sa stratégie de prévention bucco-dentaire avec l'ambition d'avoir de nouvelles générations de jeunes sans carie. Dans ce cadre et afin de mesurer son efficacité, l'Assurance Maladie a mis en place avec l'INSERM (cadre scientifique) et l'UFSBD (coordination des actions) une enquête épidémiologique nationale. Déployée à la rentrée 2026, elle actualisera les données sur la santé bucco-dentaire des jeunes afin d'orienter les actions de prévention.

Pourquoi une nouvelle enquête nationale ?

Les dernières données nationales sur la santé bucco-dentaire des enfants et des adolescents remontent à 2006. Depuis, les comportements de santé, l'accès aux soins et les stratégies de prévention ont évolué, rendant indispensable leur actualisation. L'enquête épidémiologique « Générations sans carie » apportera de nouveaux indicateurs de référence afin d'identifier les besoins des jeunes, servir de référence pour les prochaines réévaluations, puis valider les futures programmes de prévention.

L'ambition du programme (...) faire émerger de futures générations sans carie

Une enquête d'envergure nationale

Afin de disposer de données représentatives de la population française, l'enquête épidémiologique « Générations sans carie » sera menée auprès de 6 936 enfants répartis dans 314 classes. Cinq niveaux scolaires ont été retenus afin de couvrir les différents âges clés : la petite section de maternelle, le CP, le CMI, la 5^e et la 2nde. Pour avoir un échantillon représentatif, l'étude sera déployée dans 40 départements métropolitains, ainsi qu'en Guyane et à La Réunion.

Des données pour mieux comprendre la santé orale

L'enquête recueillera des données sur la santé bucco-dentaire des jeunes et les besoins en soins orthodontiques. L'évaluation reposera sur les indices internationaux CAOD, ICDAS et IOTN et sera complétée par un questionnaire destiné aux parents sur les habitudes de vie et le contexte socio-économique.

Une collecte des données entièrement numérique

Les données seront recueillies en temps réel lors des dépistages en milieu scolaire grâce à une plateforme numérique développée par l'INSERM. Anonymisées, elles seront directement intégrées à la base d'analyse afin de garantir leur confidentialité et leur exploitation scientifique.

Mesurer pour mieux agir

Les résultats de l'enquête, attendus en 2027, fourniront des données de référence et contribueront à l'ambition du programme « Générations sans carie » : faire émerger de futures générations sans carie.



La BPCE et l'UFSBD unissent leurs forces pour la prévention bucco-dentaire

En 2026, dans le cadre de sa politique de prévention et de promotion de la santé, le groupe BPCE déploie en partenariat avec l'UFSBD un programme inédit de sensibilisation et de dépistage destiné aux salariés de leurs sites volontaires.

Cette initiative vise à rappeler que la santé bucco-dentaire est un élément essentiel du bien-être général et que l'adoption des bons réflexes évite de nombreuses pathologies.

Le programme s'articule autour d'un temps de sensibilisation : une **visioconférence d'une heure réalisée par un chirurgien-dentiste de l'UFSBD**, conçue pour répondre aux besoins des salariés, leur expliquer les bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire, les liens entre santé orale et santé générale et répondre à toutes leurs questions. Un replay est disponible pour les salariés n'ayant pas pu être présents.

En complément, l'UFSBD met en œuvre une action sur le terrain grâce à la mobilisation de ses chirurgiens-dentistes. Des interventions sont organisées sur **huit sites BPCE** (Strasbourg, Metz, Amiens, Nancy, Paris, Amiens, Reims et Lille) afin de proposer aux salariés volontaires un **dépistage bucco-dentaire individuel**. Ces rendez-vous sont l'occasion d'évaluer l'état de santé bucco-dentaire des participants, de leur délivrer des conseils personnalisés et, si nécessaire, de les orienter vers un suivi adapté.

La BPCE affirme son engagement en faveur de la prévention et de la qualité de vie au travail.

À travers ce programme, la BPCE affirme son engagement en faveur de la prévention et de la qualité de vie au travail. En associant sensibilisation et dépistage, cette démarche contribue à **rendre chaque collaborateur acteur de sa santé et à promouvoir durablement les comportements favorables au bien-être**. Un engagement concret au service de la santé de tous.



Deux autres cibles pour ce plan prévention de la BPCE en 2026 : les **seniors** et les **jeunes parents**, avec des visioconférences animées par des chirurgiens-dentistes de l'UFSBD.

Une solution fluide simplifiée, en trois teintes, pour toutes les classes de cavités.



Nouveau

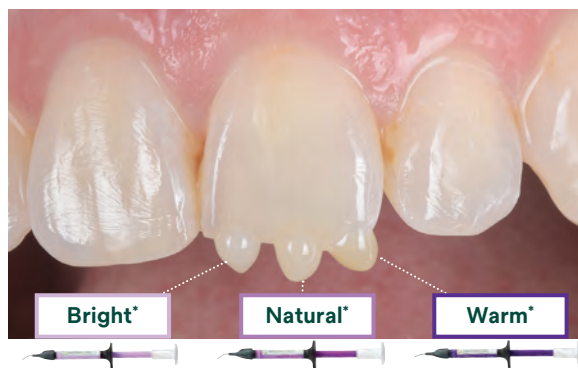
Solventum™ Filtek™ Easy Match Flowable Restorative

Prêt à essayer notre nouveau composite fluide innovant ?

Solventum™ Filtek™ Easy Match Flowable Restorative

est conçu pour simplifier votre pratique en couvrant toutes les restaurations directes, y compris les surfaces occlusales, les facettes et toutes les procédures, notamment la technique de composite injecté.

- ✓ Pratiquement aucune bulle d'air ni coulure du matériau.
- ✓ Sélection simple et intuitive de la teinte pour les restaurations antérieures et postérieures avec seulement 3 teintes : Bright*, Natural* et Warm*.
- ✓ Stock rationalisé pour moins de gaspillage des teintes peu utilisées.



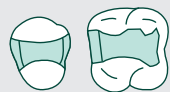
Découvrez le cas clinique complet du Dr Baliwas sur <https://dentalblog.solventum.com>

Indications incréments jusqu'à 2 mm

Se reporter au mode d'emploi pour obtenir la liste complète des indications.



Classe I



Classe II



Classe III



Classe IV



Classe V



Base



Liner



Restauration indirecte
(petits défauts)



Réparation¹



Scellement des
puits et fissures

1. Réparation de restaurations provisoires en résine acrylique et en résine composite.

Demandez un échantillon !

Essayez notre nouveau composite fluide de restauration
Solventum™ Filtek™ Easy Match Flowable Restorative.

*Teintes Claire (Bright), Naturelle (Natural), Saturée (Warm).

Solventum™ Filtek™ Easy Match Flowable Restorative est un dispositif médical de classe IIa. Marquage CE0123. Solventum Deutschland GmbH. Allemagne. Lire attentivement les informations figurant sur la notice ou l'emballage avant toute utilisation. Distribué par Solventum France, 95000 Cergy Pontoise Cedex. © Solventum 2026. Solventum, le logo "S" et Filtek sont des marques déposées de Solventum ou de ses affiliés. 3M et le logo 3M sont des marques déposées de 3M. Tous droits réservés. Septembre 2026. Solventum 1742b.



Formation équipe dentaire

P. 36 Votre crédit formation DPC est utilisé pour 2026 ?

Continuez à vous former à l'aide des dispositifs de financement disponibles !

P. 38 Prise en charge des maladies parodontales

Les maladies parodontales s'inscrivent désormais pleinement dans la prise en charge globale de patients atteints de certaines ALD.

Découvrez comment notre formation e-learning sur le traitement des maladies parodontales peut vous accompagner.

P. 40 Comment les chirurgiens-dentistes se forment-ils aujourd'hui ? Quelles sont leurs attentes pour demain ?

En mai 2026, vous avez été nombreux à répondre à notre enquête nationale. Au travers de dix questions clés, ce sondage dresse un état des lieux de vos pratiques en matière de formation continue, mais aide aussi à mieux comprendre vos besoins, vos contraintes et vos aspirations. Notre objectif : construire une offre de formation toujours plus pertinente, flexible et adaptée aux réalités de votre exercice.



Site Formations dédié à l'équipe dentaire

Découvrez toutes nos thématiques en un clic !



Une question ? Un projet de formation ? Besoin de conseil ?

Laurence, Léa et Stacy vous répondent par mail formation@ufsbd.fr
et par téléphone au 01 44 90 93 94 ou au 01 44 90 93 91

Vos crédits DPC sont épuisés pour 2026 ?

Continuez à développer vos compétences, nos formations sont éligibles à une prise en charge FIF PL et OPCO*

**en fonction des critères de branche, barèmes et budgets annuels*

Hypnose au cabinet dentaire

21 heures en présentiel sur 3 journées



- Maîtriser la prise en charge du stress et des pathologies psychosomatiques au cabinet dentaire par l'apprentissage des techniques d'hypnose médicale.
- Maîtriser et apporter des outils pratiques dans la prise en charge des douleurs d'origine organique, psychologique, aiguës ou chroniques par les techniques d'hypnoanalgésie.
- Mettre en place des outils pour améliorer la gestion des relations thérapeute-patient.
- Mettre en place des outils pour améliorer la qualité de la vie au travail de tous les soignants, chirurgiens-dentistes et assistantes par l'apprentissage de l'autohypnose et la connaissance des facteurs de risque du burn-out.



Anesthésies locorégionales : anticiper, évaluer et prendre en charge la douleur aiguë lors de soins odontologiques

Classe virtuelle de 7 heures



- Maîtriser les connaissances attendues autour de l'acte le plus fréquent au cabinet : l'anesthésie.
- Sélectionner la technique et les produits les plus adaptés à la situation clinique.
- Prévenir les situations à risque et savoir agir en cas d'effets secondaires.
- Intégrer l'usage des molécules antagonistes de l'anesthésie.
- Gagner en sérénité sur un acte anxiogène.



Les clés d'une communication efficace au cabinet dentaire

Classe virtuelle de 7 heures

- Faire face à toutes les situations avec les patients.
- Optimiser sa communication en équipe.
- Analyser et prévenir les situations conflictuelles dans ses échanges au cabinet.



Organisation optimisée au cabinet dentaire

Classe virtuelle de 7 heures



- Optimiser sa gestion des stocks.
- Organiser l'agenda du cabinet efficacement afin de gagner en sérénité.
- Maîtriser les fondamentaux de l'ergonomie afin de mettre en place un cadre de travail rassurant.
- Maîtriser les outils de gestion des risques professionnels en s'appuyant sur les protocoles et procédures.



Le traitement du SAOS

Classe virtuelle de 7 heures

- Maîtriser les connaissances nécessaires sur le sommeil.
- Identifier les indications et contre-indications au traitement par orthèse.
- Dépister des malades et connaître les relations de travail interdisciplinaires indispensables.
- Choisir, réaliser, régler et suivre des orthèses.



Motivez, fidélisez et performez en équipe ! Les clés de la réussite au cabinet dentaire

1 journée en présentiel de 7 heures

- Créer un environnement positif, indispensable à la cohésion d'équipe et à la motivation des patients.
- Construire la communication interne de l'équipe, notamment sur la notion de feedback (donner et recevoir) afin d'accroître la fluidité des échanges et que chacun soit bien à son poste et dans son poste !
- Identifier les sources de tensions possibles au sein de l'équipe et de les dénouer.



AFGSU 2 - Gestes d'urgences au cabinet dentaire



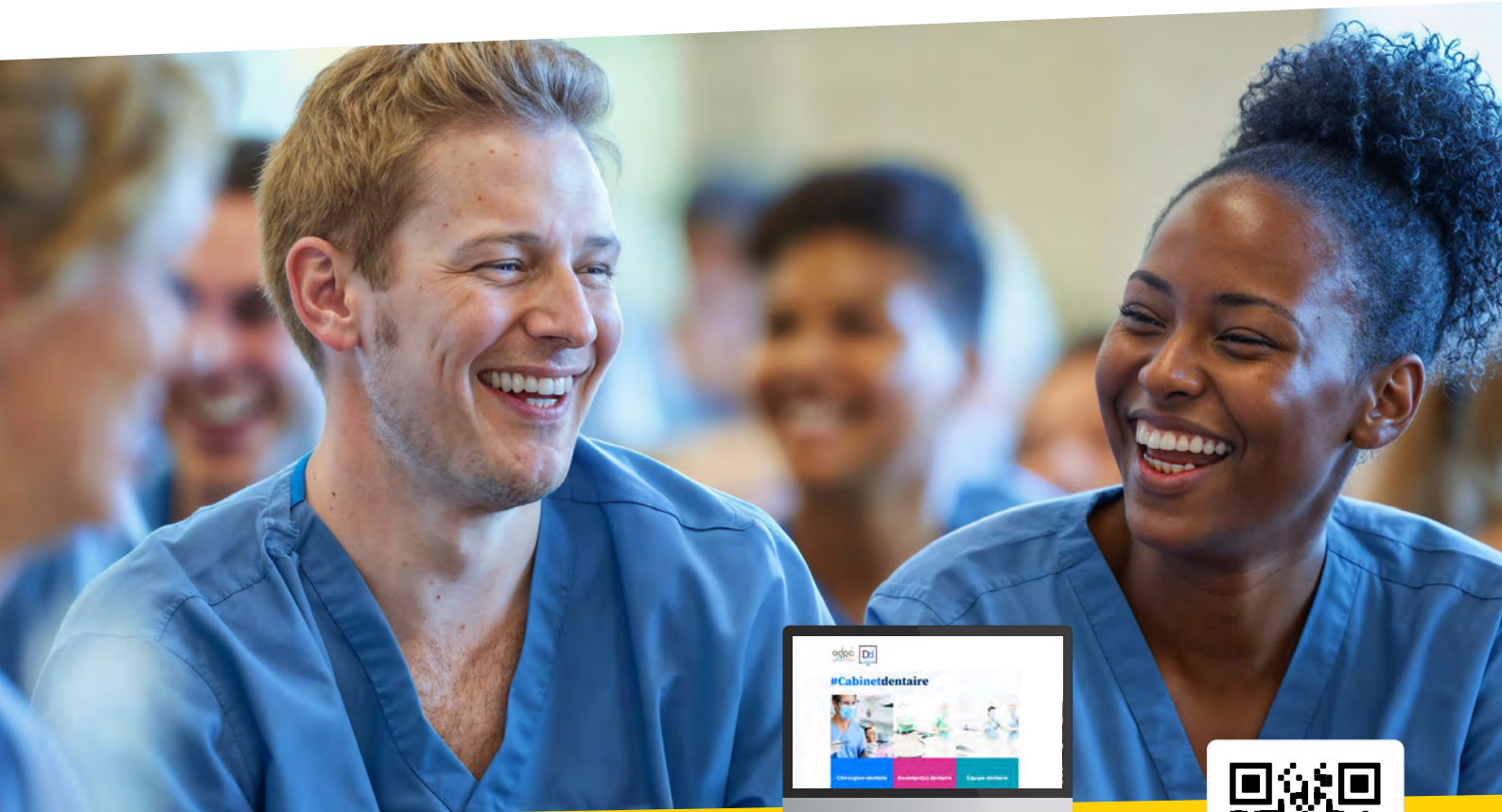
REVALIDATION de 1 journée (7 heures)

si votre dernière AFGSU
date de moins de 4 ans



FORMATION INITIALE de 3 jours (21 heures)

si votre dernière AFGSU
date de plus de 4 ans



PROGRAMME & INSCRIPTION

Programmes et dates à consulter sur notre site : <https://formations.ufsbd.fr/> ou
Informations par mail : formation@ufsbd.fr ou par téléphone 01.44.90.93.94 ou 93.91

Prise en charge parodontale des patients atteints d'une affection longue durée : êtes-vous au point ?

Les maladies parodontales entretiennent des liens étroits avec de nombreuses affections longue durée (ALD).



Depuis février 2024, **six ALD** – le diabète de type 1 et 2, la maladie coronarienne, certaines cardiopathies graves, les déficits immunitaires primitifs ou l'infection par le VIH, la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite grave – bénéficient d'un dispositif conventionnel de remboursement des soins parodontaux.

C'est ainsi que presque **six millions de Français peuvent bénéficier aujourd'hui de cette prise en charge** au cabinet dentaire.

Pour les chirurgiens-dentistes, c'est l'occasion de renforcer leur expertise et de jouer un rôle encore plus déterminant dans le parcours de soins. Une évolution qui invite à approfondir ses connaissances et à actualiser ses pratiques.

Pour vous accompagner dans la prise en charge de ces patients, l'UFSBD vous propose la formation suivante.

PRÉVENTION, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES MALADIES PARODONTALES :

la prise en charge par l'omnipraticien des maladies parodontales.

En format **E-LEARNING**, 100 % en ligne, le programme permet de vous former à votre rythme et en toute flexibilité.



La formation s'articule autour de **six modules thématiques** mais aussi de **quiz** et d'**activités pratiques** autour des sujets phares travaillés.

1. Étiologie et prévalence des maladies parodontales.
2. Diagnostic précis des maladies parodontales.
3. Intérêt de la prise en charge parodontale – informations aux patients.
4. Traitements non chirurgicaux des maladies parodontales.
5. Traitements chirurgicaux des maladies parodontales.
6. Maintenance parodontale des patients sur le long terme.



Programmes et inscription



► Comment ça marche ?

- Choisissez parmi les deux formats possibles :
en PROGRAMME INTÉGRÉ avec EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) **ou en FORMATION CONTINUE** seule.

Le jour du démarrage de votre session, vous recevez vos codes d'accès personnalisés à votre plateforme de formation !

Vous aurez alors 2 à 4 mois (en fonction du format choisi) pour réaliser l'intégralité de votre programme, à votre rythme !

- Tarif : 0€ Prise en charge 100% par l'ANDPC, sans reste à charge*

► Pour vous inscrire :

- Via **votre compte DPC**

En programme intégré :
action n° : 13002525048

En formation continue :
action n° : 13002525053



agencedpc.fr/professionnel/

► Prochaines sessions :

- **En PROGRAMME INTÉGRÉ :**
du 05/10/2026 au 28/02/2027
- **En FORMATION CONTINUE :**
du 12 octobre au 04 décembre 2026
du 26 octobre au 18 décembre 2026
du 23 novembre au 31 décembre 2026

Nouvelle version formation MAJ GRI

Co-pilotez la stérilisation au cabinet dentaire

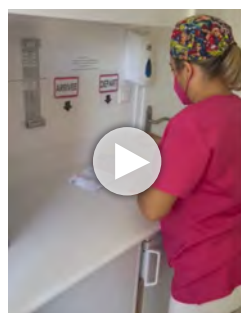
Formation obligatoire

À RENOUELER TOUS LES 5 ANS

**Nouvelle version
disponible**

**Vos assistantes et aides dentaires
qualifiées sont toutes concernées !**

Vidéos explicatives et immersives
Exercices interactifs au coeur de la salle de stérilisation
Mise en pratique immédiate au cabinet



7 heures de formation

autour de 7 modules thématiques conformément
au cahier des charges de la CPNE-FP

Gestion des risques – Gestion de l'équipe et des tâches
Gestion des coûts – Gestion du temps – Gestion des stocks
Gestion des documents – Gestion des locaux

100 % e-learning – 100 % en ligne

100 % flexible

100 % prise en charge par l'OPCO*

~~210€~~ > 0 €

Formation habilitée et agréée CPNE-FP

Plus de 4 500 stagiaires formées depuis 2019

**À
renouveler
tous les
5 ANS**

97 % ont fait évoluer
leurs connaissances
93 % ont trouvé
l'outil convivial
93 % recommandent
la formation

**Programme
détailé, tarif
et inscription**



* Sous réserve des critères
de branche et dans la limite
des enveloppes disponibles.

Le magazine de l'UFSBD

Vos besoins & attentes en formation continue : les résultats sont là !

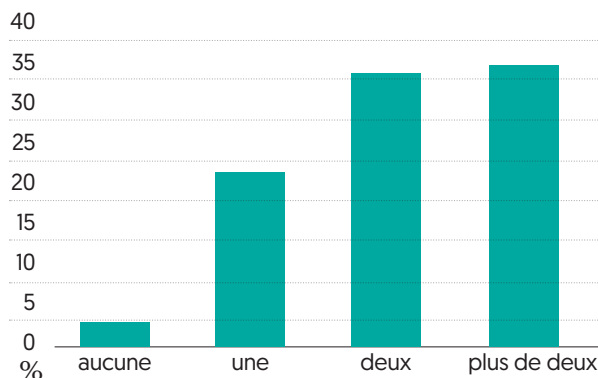
Parce qu'une offre de formation efficace doit avant tout répondre aux besoins du terrain, nous avons interrogé la communauté des chirurgiens-dentistes, par mail, en mai 2026.

Quelles modalités (présentiel, classe virtuelle, e-learning...) privilégiez-vous ? Qu'est-ce qui oriente vos choix en termes de formation ? Quels thèmes souhaitez-vous approfondir ?

Découvrez les enseignements majeurs de cette enquête qui guideront les futures évolutions de notre offre de formation !

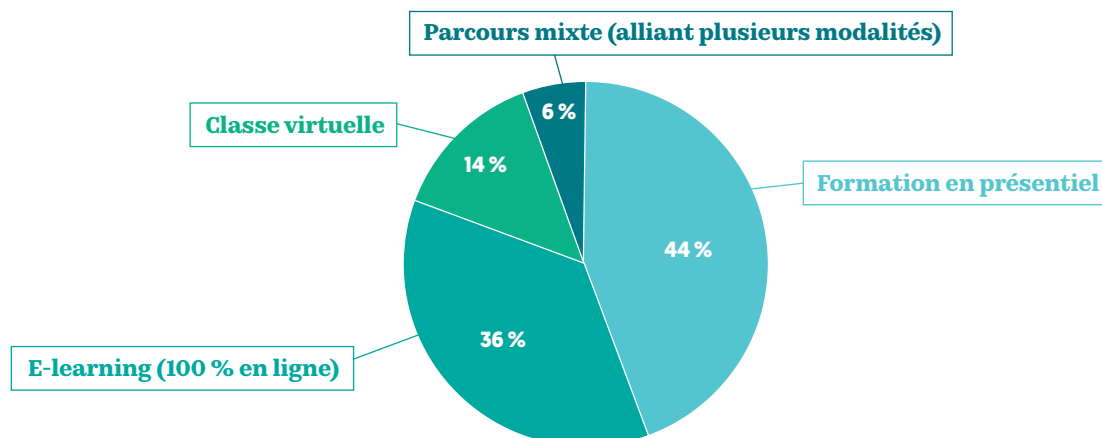


✓ La formation continue s'impose aujourd'hui comme une priorité majeure pour les chirurgiens-dentistes ayant répondu à notre enquête : **74 % d'entre eux ont suivi ou programmé une formation en 2026 et près de 70 % ont suivi deux formations ou plus sur l'année écoulée !**

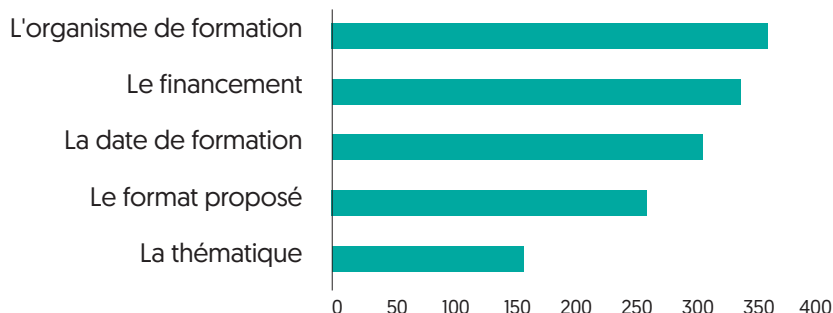


✓ Les résultats de l'enquête le confirment : **les formations distancielles gagnent du terrain et s'imposent aujourd'hui comme une solution privilégiée** par de nombreux chirurgiens-dentistes.

Quel type de formation avez-vous suivi en 2025/2026 ?



✓ Quand plusieurs formations abordent le même sujet, comment les chirurgiens-dentistes font-ils leur choix ? Pour le découvrir, nous avons demandé aux répondants de classer les critères qui orientent leur décision. L'organisme de formation et le type de financement restent des critères essentiels.



✓ Les répondants ont exprimé des attentes riches, variées et parfois très spécialisées. Un signal fort qui confirme la nécessité de construire une offre de formation toujours plus diversifiée. Ces résultats constituent une véritable feuille de route pour enrichir nos programmes et accompagner au plus près l'évolution des pratiques professionnelles !



L'enquête se termine, mais l'aventure de la formation continue !
De nouvelles thématiques, de nouveaux formats et de nouvelles opportunités d'apprentissage viendront enrichir notre offre dans les mois à venir. Retrouvez dès à présent notre planning de formation en constante évolution, ainsi que toutes nos actualités sur notre site dédié aux formations de l'équipe dentaire.



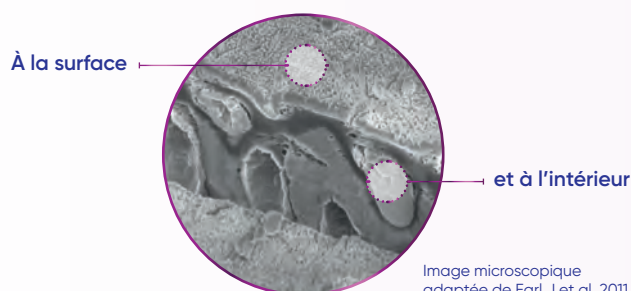
SENSODYNE

NOUVELLE GÉNÉRATION



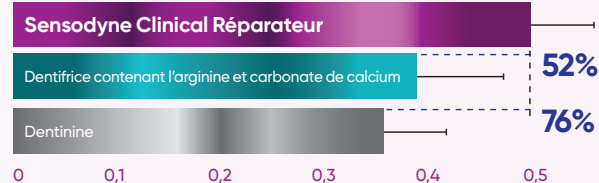
**COMMENCE À RÉPARER IMMÉDIATEMENT*
POUR UN SOULAGEMENT RAPIDE³**

**FORME UNE COUCHE HYDROXYAPATITE
DE SUBSTITUTION À LA SURFACE ET
À L'INTÉRIEUR DES TUBULI DENTINAIRES^{1,6-8}**



**UNE COUCHE DURE ET RÉSISTANTE
AUX ATTAQUES ACIDES⁴**

Microdureté de surface de la dentine après le brossage⁴



Adapté de Haeon Data on File. Report QD - RPT - 118201; 2024.

SENSODYNE CLINICAL RÉPARATEUR offre un soulagement
cliniquement prouvé de l'hypersensibilité dentinaire
en seulement 6 brossages^{5†}



Avec de la **NOVAMIN**
Technologie Innovante
+ 1450 ppm de fluor



Pour plus d'informations
et vos besoins en
échantillons, veuillez-vous
connecter à notre portail
Haeon Health Partner

*Commence à réparer les dents sensibles en 2 min de brossage. †D'après des études in vitro/laboratoires mesurant la dureté de la couche à l'aide d'une méthode d'indentation après 4 jours, deux brossages quotidiens. ‡Avec une utilisation continue. Références : 1. West N. et al Dentine hypersensitivity and associated risk factors: An observational, cross-sectional multi-centre epidemiological study in 7 European countries (Meribel), IADR Bogota, 2023 ; 2. Données internes Haeon ; 3. Greenspan DC. J Clin Dent 2010;21:61-65 ; 4. Haeon Data on File. Haeon Report QD-RPT-112345 (2023) ; 5. Haeon Data on File, Report 300100 (SUB-21885); 2024 ; 6. LaTorre G and Greenspan DC. J Clin Dent 2010; 21:72-76 ; 7. Earl J et al. J Clin Dent 2011; 22 (Spec Iss):62-67 ; 8. Parkinson C, et al. J Clin Dent 2011; 22 (Spec Iss):74-81. SENSODYNE Clinical Réparateur est un dispositif médical de classe IIa (CE1639). Fabricant : Haeon Medical Devices. Lire attentivement les instructions figurant sur l'emballage. Ne pas utiliser chez l'enfant. PM-FR-SENO-25-00118/01-26-V2. Haeon France - RCS Nanterre 672 012 580 © 2026 Groupe Haeon.

P. 44 Le programme ICOPE : une opportunité pour les chirurgiens- dentistes d'agir plus tôt en faveur du bien-vieillir

Le vieillissement de la population transforme profondément les enjeux de santé publique. Aujourd'hui, le maintien de l'autonomie des seniors devient un axe majeur des politiques de santé, avec une conviction forte : intervenir précocement préserve plus longtemps la qualité de vie des personnes.

C'est dans cette dynamique que s'inscrit le programme Integrated Care for Older People (ICOPE), développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et généralisé sur tout le territoire français depuis janvier 2026.

Souvenez-vous, le Pr Bertrand FOUGÈRE, médecin gériatre, chef du pôle vieillissement du CHU de Tours (37) et professeur de gériatrie à la faculté de médecine de Tours, était venu en parler dans notre magazine de novembre 2025. Mais aujourd'hui, où le programme en est-il et comment vous, chirurgiens-dentistes, pouvez-vous vous emparer de cette démarche dans vos cabinets ?

Comment allez-vous ?



Et si vous preniez 15 minutes
pour répondre à cette question ?

Faites le test !
Et parlez-en autour de vous !



Le programme ICOPE : une opportunité pour les chirurgiens-dentistes d'agir plus tôt en faveur du bien-vieillir

ICOPE, c'est quoi ?

- ▶ **I**COPE évalue six fonctions essentielles (vision, audition, mobilité, nutrition, mémoire et humeur) et trois facteurs clés de la santé des seniors (lien social, soutien aux aidants et continence urinaire). Grâce à des questions simples et accessibles, il détecte précocement les fragilités.
- ▶ **L'**objectif ? Favoriser le maintien de l'autonomie et améliorer la qualité de vie des seniors.
- ▶ **V**otre rôle ? Il est crucial dans ce processus. Par un simple geste, comme un examen bucco-dentaire, vous pouvez initier une conversation. Votre expertise est une fenêtre sur la santé globale de vos patients.



ICOPE, on en est où ?

Le programme ICOPE connaît une généralisation progressive depuis juillet 2025, avec depuis peu un cadre légal complet : décret (n°2026-191) et arrêté du 18 mars 2026 en application de la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie. Son déploiement national vise à intégrer systématiquement ces évaluations dans les pratiques de soins.

Pour les chirurgiens-dentistes, c'est une opportunité majeure de participer activement à la prévention en faveur du maintien de l'autonomie !



Découvrez ICOPE et Moi sur icope-et-moi.fr ou scannez-moi !

ICOPE et Moi

Aujourd'hui, l'application ICOPE et Moi constitue l'un des outils numériques du déploiement du programme ICOPE en France. Développée dans la région Centre-Val de Loire par l'Équipe régionale vieillissement et maintien de l'autonomie (ERVMA), en partenariat avec le Groupement régional d'appui au développement de l'e-santé (GRADeS) du Centre-Val de Loire et la société Telegrafik, elle est désormais accessible à l'échelle nationale et référencée dans Mon espace santé.

Disponible sur smartphone, tablette ou ordinateur, cette application guide les personnes de plus de 60 ans pour réaliser une autoévaluation simple de leurs six capacités essentielles et des trois facteurs clés de leur santé.

En quelques minutes, le senior obtient un bilan synthétique qu'il peut partager avec un professionnel de santé. L'application encourage également un suivi régulier, avec une réévaluation recommandée tous les six mois.

Pour les professionnels de santé, ICOPE et Moi représente un véritable support de prévention. Les dentistes peuvent ainsi facilement s'approprier cette démarche au cabinet, soit en invitant les patients de plus de 60 ans à télécharger l'application, soit en créant eux-mêmes un compte professionnel via la plateforme Pro Santé Connect, sur laquelle ils feront des hétéro-évaluations et suivront les évaluations de leurs patients.

Pourquoi les chirurgiens-dentistes ont-ils toute leur place dans le déploiement du programme ICOPE ?

En tant que chirurgiens-dentistes, comme tout professionnel de santé compte tenu de la démographie, vous voyez régulièrement des patients âgés, souvent avant même qu'ils ne consultent pour d'autres problématiques liées au vieillissement.

Cette proximité fait du cabinet dentaire un lieu stratégique de repérage.

De nombreux signes observés au fauteuil peuvent alerter (isolement, troubles cognitifs débutant, baisse de l'audition ou de la vision, fragilité générale...).

Par ailleurs, la santé bucco-dentaire est intimement liée au vieillissement en bonne santé :

- la perte de dents favorise la dénutrition ;
- les troubles masticatoires impactent l'état général ;
- certaines pathologies chroniques influencent directement la santé orale ;
- les troubles cognitifs compliquent l'hygiène bucco-dentaire.

Dans ce contexte, vous pouvez devenir un acteur clé du repérage précoce des fragilités.

Comment les chirurgiens-dentistes peuvent-ils concrètement s'emparer d'ICOPE ?

L'intégration d'ICOPE dans votre pratique quotidienne peut rester simple et pragmatique.

Cette approche intègre concrètement la prévention du vieillissement dans la pratique quotidienne, sans alourdir le temps de consultation.

► Sensibiliser les patients de plus de 60 ans

Le cabinet dentaire peut devenir un lieu d'information :

- affiches en salle d'attente ;
- information orale pendant la consultation ;
- orientation vers l'application ICOPE et Moi.

Quelques minutes suffisent souvent pour expliquer l'intérêt du dépistage précoce.

► Intégrer quelques questions de repérage

Sans transformer la consultation dentaire en consultation gériatrique, certains échanges peuvent être utiles :

- perte de poids récente ;
- difficultés à se déplacer ;
- troubles de la mémoire ;
- isolement ;
- difficultés à entendre ou à voir.

Ces signaux faibles peuvent conduire à orienter le patient vers son médecin traitant ou vers une évaluation ICOPE.

► Participer à une dynamique territoriale

ICOPE favorise les coopérations entre professionnels de santé. Les chirurgiens-dentistes peuvent ainsi :

- travailler avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ;
- participer aux actions de prévention locales ;
- échanger avec les médecins, les pharmaciens, les infirmiers ou les kinésithérapeutes ;
- contribuer au parcours de prévention du vieillissement.

► Se former

Afin d'accompagner les professionnels de santé dans le déploiement d'ICOPE, des formations gratuites sont aujourd'hui accessibles en e-learning.

L'ERVMA Centre-Val de Loire propose notamment une formation « Step 1 », dédiée au repérage précoce des fragilités. Cette étape correspond au premier niveau de dépistage des six fonctions essentielles et des trois facteurs clés permettant un vieillissement en bonne santé.

Accessible à distance, cette formation courte (environ 45 minutes) et pratique permet :

- de comprendre les principes du programme ICOPE ;
- d'apprendre à réaliser les évaluations simples du Step 1 ;
- de savoir interpréter les résultats ;
- d'orienter les patients si nécessaire ;
- et d'intégrer facilement cette démarche dans sa pratique quotidienne.

Ouverte à tout professionnel en lien avec le public cible, elle constitue une excellente porte d'entrée pour participer activement au maintien de l'autonomie des seniors.

La formation est gratuite et disponible en ligne (pour toute information : icope@chu-tours.fr).

Une nouvelle culture de la prévention

Le déploiement du programme ICOPE marque une évolution importante : passer d'une logique de prise en charge de la dépendance à une logique de maintien de l'autonomie.

Cette approche ouvre une place nouvelle aux chirurgiens-dentistes dans le parcours du bien-vieillir. Leur rôle ne se limite plus uniquement aux soins bucco-dentaires : ils deviennent aussi des acteurs du repérage, de la prévention et du maintien de l'autonomie.

Au travers d'outils simples comme l'application AICOPE ET MOI, il devient possible d'intégrer progressivement cette culture de prévention dans les cabinets dentaires, au bénéfice direct des patients âgés et de leur qualité de vie.



Informez autour d'ICOPE en plaçant cette affiche dans votre salle d'attente !



alodont®

Chlorure de cétylpyridinium,
Chlorobutanol hémihydraté, Eugénol

50
ANS*

À VOS CÔTÉS

ANTISEPTIQUE & APAISANT

DOUBLE ACTION

LUTTE CONTRE LES BACTÉRIES & SOULAGE LA DOULEUR

- Action locale à visée antiseptique par inhibition de la plaque dentaire^{1, 2, 3}
- Action locale à visée antalgique grâce à l'eugénol³

Chlorure de cétylpyridinium

Chlorobutanol hémihydraté

Eugénol

EXISTE EN 200 ml
ET 500 ml

GOÛT
MENTHOLÉ
AGRÉABLE

FABRIQUÉ EN
FRANCE

Adultes & enfants de + 12 ans.
3 bains de bouche par jour
avec du **produit pur**.

Enfants de 7 à 12 ans.
3 bains de bouche par jour avec
du **produit dilué à 50%** avec de l'eau.

Garder le produit 1 minute dans la bouche.

Médicament non soumis à prescription médicale, non remboursé par la sécurité sociale, non agréé aux collectivités.



Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur **la base de données publique du médicament** en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le service Pharmacovigilance et Information Médicale des Laboratoires BOUCHARA-RECORDATI à l'adresse : LBR-PV-Infomed@recordati.com ou au 01 45 19 10 00.

1. Van der Weijden F. et al. Can chemical mouthwash agents achieve plaque/ Gingivitis control ? Dent Clin N Am 59 (2015) 799-829

2. Mao X. et al. Cetylpyridinium chloride: mechanism of action, antimicrobial efficacy in biofilms, and potential risks of resistance. Antimicrob Agents Chemother (2020) 64:e00576-20

3. El-Saber Batiha G. et al. Syzygium aromaticum L. (Myrtaceae): Traditional Uses, Bioactive Chemical Constituents, Pharmacological and Toxicological Activities. Biomolecules 2020, 10, 202; doi:10.3390/biom1002020

*Date de commercialisation : 19/01/1975

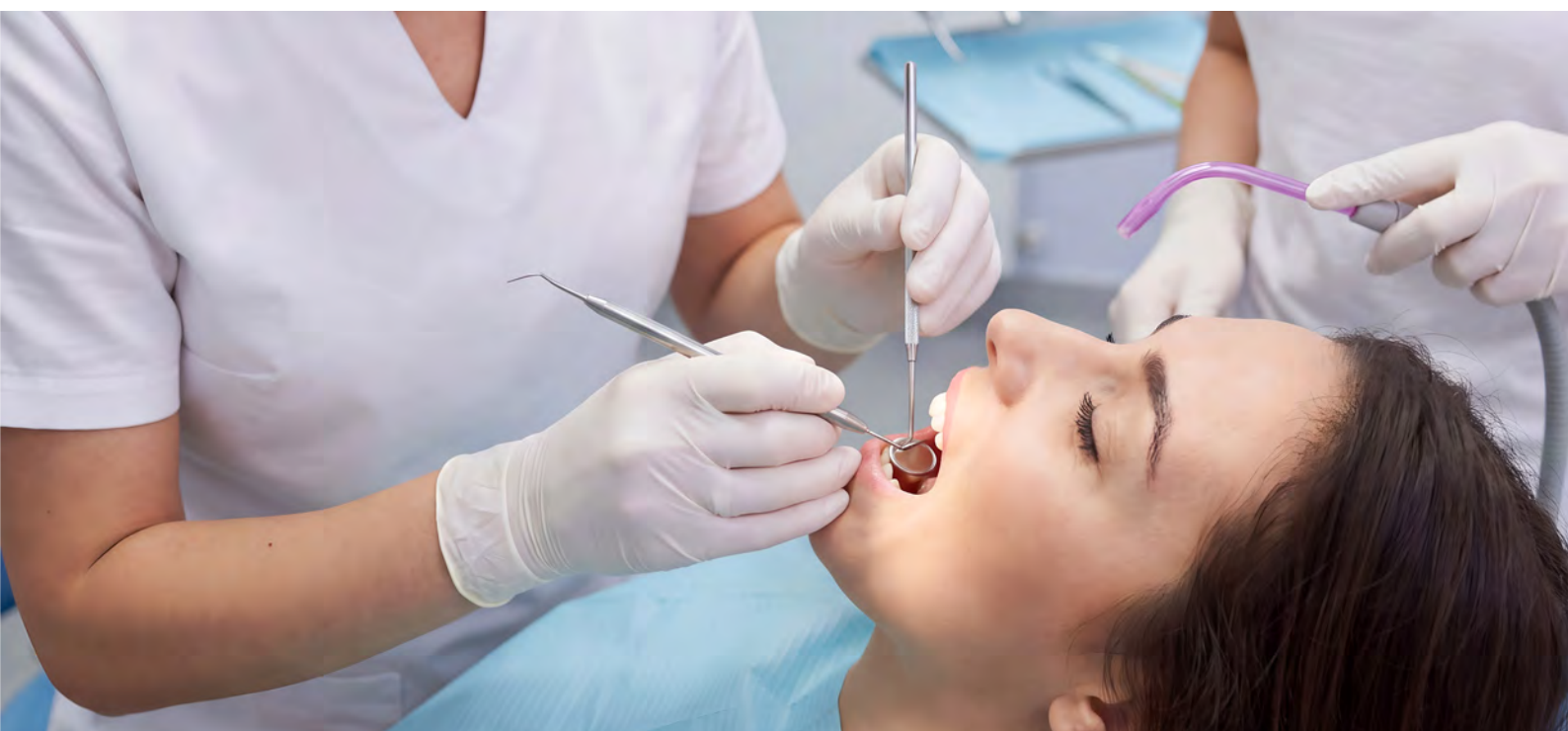
Récits de patients

Nous, professionnels de santé bucco-dentaire, partageons volontiers nos apprentissages cliniques, nos mésaventures, nos astuces de cabinet, les découvertes issues de nos formations, les articles et les ouvrages que nous lisons. Avec cette nouvelle rubrique, en partenariat avec l'association Récits de patients, la revue *Pratiques Dentaires* propose une plongée inédite dans le vécu de nos patients et de nos confrères afin de nourrir encore davantage nos pratiques et notre réflexion.

Ces récits ne cherchent ni à dénoncer, ni à idéaliser. Ils racontent des histoires vraies de maladies et de parcours de santé. Ils racontent aussi les doutes, les attentes, les représentations mutuelles qui teintent nos comportements. Enfin, ils racontent combien le lien de confiance peut être fragile et comme notre curiosité est source de pertinence relationnelle et clinique.

Les textes publiés proviennent de témoignages ou de données recueillis par des recherches qualitatives, puis mis en récit et commentés par l'association Récits de patients. Cet espace est ouvert à toute personne (patient ou praticien) souhaitant partager une expérience vécue.

Pour plus de renseignements : recitsdepatients@gmail.com



Se rendre

Auteur : Association *Récits de patients*

« Le corps est notre moyen général
d'avoir un monde »

Maurice Merleau-Ponty,
Phénoménologie de la perception (1945)



**Me rendre à un
rendez-vous...
en principe,
ce sera facile,
non ?**

Je ne sais pas quoi faire de mes mains lorsque je suis allongée comme ça. Je les pose sur mon ventre, puis sur les accoudoirs, puis je les croise sur mon ventre. Je finis par les oublier car mon attention se porte sur ma bouche et sur ce qui s'y déroule sans que je puisse le voir. Moi, je ressens, mais ne vois pas. Elle voit, mais ne ressent pas. Tout cela nous embarque dans une danse bien singulière. Les ultrasons qui vibrent sur mes dents me demandent un effort d'acceptation : en temps normal, ces perceptions désagréables me feraient fuir.

Le chirurgien-dentiste m'a expliqué que ce ne serait qu'un Ldétartrage, quelque chose de simple. C'est surtout simple pour elle parce que, pour moi, ça ne l'est pas tant que ça. Je respire par le nez, à cause de l'eau propulsée contre mes

dents, trop fraîche, qui vient heurter des zones sensibles, près des racines. Elle monte dans ma bouche, je dois contracter mon palais, derrière, pour ne pas que ça coule dedans. Heureusement, le petit aspirateur au-dessus de moi m'aide de temps en temps à relâcher l'effort. Je m'adapte, mon corps s'ajuste pour que ces choses désagréables se fassent. Je m'en remets aux mains de mon chirurgien-dentiste, je lâche prise, je me rends. C'est encore le mieux à faire, je crois.

Je sens la précision de ses gestes, ses mains savent où elles vont, pas comme les miennes, crispées sur les accoudoirs. Elle parle à son assistant, leurs échanges montrent qu'ils sont dans une routine. Quand elle évoque avec lui un autre patient, une histoire d'implant à enlever, bizarrement, ça m'apaise. Leur coordination est évidente et me donne le sentiment d'être entre de bonnes mains. À certains moments, elle s'arrête pour changer de position et déplacer la lumière. Durant ces instants, j'ai la sensation qu'un lien pourrait se retrouver entre elle et moi ou entre moi et l'assistant, qu'ils pourraient m'en dire davantage ou juste se reconnecter à moi. Ils le font parfois, d'ailleurs. Mais d'autres fois, non, et je reste en retrait, seule avec mes sensations. Elle replace la lumière sur mon visage, mes pupilles se contractent, tandis que le temps, lui, se dilate. Respirer par le nez, bouche ouverte.

Il y a ces petits sursauts, presque électriques, quand l'instrument passe entre les dents, comme si quelque chose céda brusquement, un dépôt qui se détache d'un coup, accompagné d'une brève décharge. Ce n'est pas une douleur continue, plutôt une succession de petits désagréments qui se répètent sans jamais devenir vraiment insupportables. Par moments, quand l'instrument reste longtemps contre ma dent, j'ai l'impression de m'approcher d'un seuil, que cela pourrait devenir plus vif tout à coup, et l'anticipation de cette fulgurance installe une forte tension en moi. Je fronce un peu les sourcils... elle le verra peut-être ? Je garde la possibilité de m'exprimer (de crier ? De lever le bras ?) au cas où ça deviendrait vraiment nécessaire. Mais au-delà du signal d'alerte tapi en moi, le plus étrange reste cette impossibilité de parler. Je dois ouvrir la bouche tout en la fermant, en quelque sorte. Respirer par le nez, bouche ouverte. Je me rends.

Je ne saurais pas dire combien de minutes se sont écoulées. L'instrument devient rotatif, plus doux en apparence, utilisé avec une pâte au goût légèrement mentholé. Le bruit n'est plus le même. Pourtant, ici et là, de petits accrochages se produisent au niveau de la gencive, comme si l'espèce de brosse effleurait des zones sensibles, déclenchant de brèves brûlures inattendues. Je m'y adapte encore, différemment de tout à l'heure, car là, c'est ma langue qui a tendance à fuir ce danger imminent.

À un moment, elle me demande : « Ça va ? ». Je réponds : « Mmmh ». Et c'est vrai, ça va, quand même. Peu à peu, je sens qu'on s'approche de la fin. Elle en est à la vérification finale, je crois. Elle s'écarte légèrement du fauteuil : « Voilà, c'est terminé ! ». Je referme doucement la bouche. Je passe la langue sur mes dents : elles sont lisses. Vraiment lisses. Je me redresse. Je redécouvre la pièce, son mobilier et ses occupants. Elle m'explique ce

qu'elle a fait, ce qu'elle a vu. Elle mentionne une dent, en haut, qui mériterait d'être évaluée par un examen plus approfondi et des radios, si j'ai bien compris. Elle propose qu'on en parle lors d'un prochain rendez-vous.

J'acquiesce sans hésiter. Je me sens bien et soulagée d'être venue. Le soin s'est bien déroulé, il faut le dire. En me levant du fauteuil, je remarque qu'ils me sourient des yeux, car avec leurs masques je ne vois pas leurs bouches. Moi, je leur souris aussi, mais avec mes dents toutes lisses. Je passe à l'accueil pour fixer le prochain rendez-vous. L'assistant me propose plusieurs créneaux. Je cherche dans mon agenda horriblement chargé comment caser ça. Nous finissons par retenir un mardi en fin de matinée, à 11h. C'est suffisamment tard pour ne pas bousculer le début de la journée et suffisamment tôt pour ne pas empiéter sur le reste. Il me tend le petit carton avec la date inscrite dessus. Je le regarde un instant, comme pour m'assurer que tout est en place, et puis je le glisse dans mon sac.

Me rendre à un rendez-vous... en principe, ce sera facile, non ?



Commentaire

Ce récit illustre ce que les neurosciences contemporaines désignent sous le terme de « cognition incarnée ». Cette définition de la cognition considère que la pensée ne se réduit pas à un traitement de l'information par le cerveau comparable à celui des ordinateurs, mais qu'elle est profondément ancrée dans le corps, dans les perceptions sensorielles et dans l'action. Autrement dit, nous ne pensons pas « à part » de notre corps : nous pensons à travers lui, à partir de ce qu'il ressent, perçoit et anticipe.

C'est ainsi que la patiente de ce récit ne construit pas son expérience à partir de seules informations verbales ou d'une compréhension de l'acte, mais à partir d'une succession de perceptions : vibrations, tensions, écoulements, bruits, impossibilité de parler, anticipation de la douleur. Ces éléments sensoriels organisent en temps réel sa manière de penser la situation, d'interpréter les gestes de la praticienne et, plus largement, de se positionner dans la relation de soin.

D'un point de vue systémique, cela signifie que la pensée de la patiente émerge de l'interaction entre son corps et l'environnement matériel et humain du cabinet. L'impression de confiance ne se transmet pas, ici, par la communication, mais se construit à partir de signaux divers, tels que la précision des gestes, la fluidité des échanges entre la praticienne et son assistant ou encore la façon intime dont sont vécus les désagréments du soin par la patiente. Ainsi, une expérience comme un «

simple » détartrage peut orienter l'adhésion à un plan de traitement, le respect des rendez-vous ou, au contraire, peut participer à une mise à distance du suivi.

De façon plus générale, du côté du chirurgien-dentiste, la cognition incarnée fait comprendre différents niveaux d'engagement dans l'acte de soin. Certains gestes maîtrisés aux conséquences prévisibles, associés à un faible niveau d'incertitude et à peu d'enjeux, s'inscrivent dans une forme de routine et rendent globalement peu sensible aux sensations, telles qu'une légère faim ou une fatigue passagère. La routine des actes simples fluidifie la gestuelle et améliore la coordination avec l'équipe dentaire. Elle est souvent interprétée par le patient comme un signe d'assurance et de compétence.

À un niveau supérieur de difficulté opératoire, le praticien engage sa cognition dans l'élaboration d'un geste moins habituel, mais toujours maîtrisé. Dans cet état, parfois décrit sous l'appellation de « flow » par les chirurgiens, l'attention est soutenue et le lien avec le patient en tant que personne peut être plus compliqué à maintenir. L'influence de perceptions concomitantes peut réduire l'efficacité du geste. Enfin, lorsque l'acte se complique, par manque de maîtrise technique, imprévu ou en raison d'enjeux émotionnels plus importants, comme lorsqu'il s'agit de soigner un proche, la gestuelle est moins assurée, l'action perd en efficacité et l'expérience globale se désorganise, pour le praticien comme pour le patient, avec un retentissement possible sur la confiance et la qualité de leur relation.



Recommander une brosse à dents électrique ? Suivez la science.

Toutes les technologies ne se valent pas

PREUVES CLINIQUES. RÉSULTATS RÉELS

Oral-B

iO™

La technologie
oscillo-rotative
réinventée



88%

54%

DE PATIENTS RETROUVENT
UNE GENCIVE SAINE*



120+ études publiées

Un corpus scientifique unique
et en constante évolution



Preuves cliniques

La supériorité de la technologie iO
confirmée par de multiples
méta-analyses indépendantes



Capteur de pression

Accompagne chaque patient
vers un brossage optimal
sans excès de pression

Recommandez ce qui est scientifiquement prouvé

Oral-B

ufsbd
UNION FRANÇAISE POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE



Retrouvez toutes
nos ressources
et études sur
oralbprofessional.fr

*vs brosse sonique. D'après une méta-analyse de 18 études cliniques (3 380 participants).



ASSOCIATION
DENTAIRE
FRANÇAISE



PALPIDENT

LE PLUS GRAND CONGRÈS DENTAIRE D'EUROPE

INSCRIVEZ-VOUS
adfcongres.com