

NOTE DE SYNTHÈSE : PROPOSITIONS POUR LA NOUVELLE CONVENTION DENTAIRE : UNE DENTISTERIE D'AVENIR

Cette note de synthèse est le fruit d'une **réflexion d'acteurs** impliqués dans la gestion, et la pratique de la **dentisterie en France** (docteur en chirurgie dentaire, professionnels, économistes de la santé, analystes, sondeurs) ne participant pas à la négociation avec l'UNCAM¹ et l'UNOCAM² mais regroupés au sein d'un **collectif de réflexion ASD (Agir pour la Santé Dentaire) qui se veut être un laboratoire d'idée ouvert à tous.**

Elle se veut synthétique et évolutive prenant en compte les connaissances actuelles de la science et les impératifs économiques à programmer dans les 5 prochaines années. Les points peuvent être discutés et développés.

LA PREVENTION : UN AXE QUI DOIT DEVENIR PRIORITAIRE

1. Consultation (prise en charge à 100%) dès l'âge de 3 ans et ce tous les ans jusqu'à l'âge de 18 ans et 24 ans pour les étudiants (la facturation des radiographies est cumulative). L'examen réalisé déclenchera la prise en charge des soins à hauteur de 100%
2. Bonus de remboursement des actes prothétiques dans le cadre d'un suivi de consultation annuel pour l'ensemble des patients (pouvant aller jusqu'au reste à charge 0 sur certains actes prothétiques)
3. Bilan Bucco-Dentaire à partir de 65 ans, tous les 3 ans
4. Valorisation du bilan parodontal par un tarif de convention (HBQD001 dans la CCAM³). Prise en charge tous les 3 ans pour les patients présentant une ALD⁴ 8 (diabète), 5 et 13 (maladies cardiaques) et ALD 14 (maladies respiratoires) ainsi que les patients dans leur 45^{ème} année par un tarif opposable. Les maladies auto-immunes peuvent être discutées (ALD 22, 25, 27, 28)
5. Valorisation du surfaçage par un tarif de convention (HBGB006 dans la CCAM) avec possibilité de dépassement (acte non opposable⁵). Prise en charge par un tarif opposable pour les patients présentant une ALD définie dans le point 3
6. Création d'un acte « conseil et formation à l'hygiène bucco-dentaire » avec une codification de l'acte applicable pour le patient tous les 3 ans (ou à des âges définis) et selon la description faite dans le Bilan Bucco-Dentaire du 4^{ème} mois de grossesse de la maman
7. Valorisation des vernis fluorés (HBLD004 dans la CCAM) par un tarif de convention
8. Création d'une spécialisation de l'assistant dentaire en prévention (ou hygiéniste) permettant de réaliser les consultations, radiographies, bilans parodontaux, Bilans Bucco-dentaires, formation à l'hygiène dentaire

¹ UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

² UNOCAM Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie

³ Classification des Actes Médicaux

⁴ Affection Longue Durée

⁵ Acte qui peut faire l'objet d'un dépassement sous condition d'une entente préalable (devis)

REVALORISATION DES SOINS DENTAIRES : SE DONNER LES MOYENS DE RESPECTER LES CONNAISSANCES MEDICALES AVEREES (loi KOUCHNER)

9. Augmentation progressive de la tarification des soins dentaires (chirurgie, parodontologie et soins conservateurs) respectant, la mise en œuvre de ceux-ci dans de bonnes conditions et l'effort de participation de la CPAM dans les cotisations sociales
10. Revalorisation de la base de remboursement de l'onlay-inlay (HBMD055 dans la CCAM) sur la base de la tarification de l'inlay-core (HBLD007) dans le cadre d'un acte remboursable non opposable
11. Valorisation par un tarif de base de l'implant (LBLD015 dans la CCAM) sur la base de la tarification de la couronne (HBLD038) dans le cadre d'un acte remboursable non opposable
12. Majoration de la tarification des soins dentaires pour les enfants de moins de 15 ans (y compris extraction)
13. Majoration de la tarification de la chirurgie pour les ALD 5, 13 (maladies en lien avec des traitements médicamenteux particuliers)
14. Augmentation lors de la renégociation de la convention d'au moins l'inflation sur les 5 dernières années, de l'ensemble des remboursements opposables ou non opposables.
15. Création d'un code CCAM d'urgence avec un tarif de convention (et mise en place d'une médication intra-canalaires dans le cadre d'une pathologie apicale) pouvant être cumulé à l'acte dentaire exécuté dans la séance.

HANDICAP, VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION et MALADIES GRAVES : UNE POLITIQUE AUDACIEUSE POUR LES PUBLICS LES PLUS FRAGILES

16. Majoration de la consultation et des soins dentaires (parodontologie, chirurgie et soins conservateurs) pour les publics fragiles sujets aux pathologies dentaires et demandant un délai de prise en charge majoré (ALD 1, 9, 15, 16, 18 et 23) sur la base d'un forfait
17. Création d'un code CCAM pour l'utilisation du MEOPA⁶ et valorisation opposable pour les patients concernés par le point 16
18. Création d'un statut de dentiste référent dans l'ensemble des établissements médico-sociaux (dans le cadre d'un plan de prévention) permettant une consultation des patients en institution tous les 6 mois et une formation du personnel soignant à l'hygiène dentaire (1 formation /an).
19. Mise en place et développement de la télé-dentisterie de prévention dans le cadre d'un accord avec les ARS⁷.
20. Création d'une capacité permettant de pratiquer la sédation intraveineuse par les chirurgiens-dentistes (respect des items du processus de Bologne)

Ces propositions ont un coût important à court terme (répartis sur 5 ans) mais c'est un investissement pour l'avenir, de par l'axe préventif développé et la prise en charge des publics fragiles trop souvent oubliés dans les précédentes négociations conventionnelles.

⁶ Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote

⁷ Agence Régionale de Santé

ANNEXE 2' : Références Bibliographiques (Référentiel note de synthèse et annexe 1')

1.

- Indice CAO en France est de 1,38 à 6 ans, 1,23 à 12 ans, 1.51 à 15 ans, 13 à 15 après 25 ans et 23 à partir de 65 ans (16,3% des patients édentés (étude vieille et restrictive en classe d'âge)^{1.10}) : données datant entre 20 et 7 ans^{1.1,1.2,1.3,1.4}. L'indice CAO à 12 ans est à 0,5 (DREES^{1.5}) à 0,7 (OMS^{1.6}) en Allemagne et 0,7 (DREES^{1.5}) à 0,9 (OMS^{1.6}) en Suède.
- On estime que 82 à 95% des adultes auront besoin à un moment de leur vie d'un traitement simple ou complexe pour traiter la maladie parodontale. Les parodontopathies sévères concerneraient 10 à 20% des adultes (destruction osseuse importante impliquant la perte de la dent)^{1.6,1.7}.
- 7000 à 10000 cancers de la cavités buccales sont détectés chaque année^{1.6}.
- Dès 2006, un rapport de la Direction Générale de la Santé préconise un dépistage dentaire dès 1 an et à certaines périodes de la vie^{1.2,1.8}.
- Le Bilan Bucco-Dentaire est demandé par les organisations étudiantes^{1.9}.
- Les données allemandes de 2014 (CAO à 12 ans de 0,5 (1,7 en 1997 et 0,7 en 2005) ; CAO Adulte à 11,2 (14,6 en 2005 et 16,1 en 1997), CAO jeune sénior (65-74 ans) de 17,7 (23,6 en 1997 et 22,1 en 2005), 12,4 % d'édenté total (24,8 en 1997 et 22.6 en 2005)) sont regroupées dans un document^{1.11}.
- Les données suédoises datent de 2011. Le CO (carie obturée) moyen est de 0,76 pour des enfants de 12 ans avec 65% d'enfants sans carie (96% à 3 ans et 79% à 6 ans). A 19 ans, le nombre de jeune de 19 ans sans carie est de 32% (CO moyen de 2,47)^{1.12}. Les comparaisons aux différents âges sont disponibles sur le site de l'université de Malmö^{1.13}.
- Les dernières études des pays industrialisés sont regroupées dans un document^{1.14}.

1.1 AZOGUI-LEVY S., BOY-LEFEVRE ML. La santé bucco-dentaire en France. Adsp, 2005, 51. 4-8p.

1.2 HAUTE AUTORITE DE SANTE. Stratégies de prévention de la carie dentaire, synthèses et recommandations. Paris : Site de l'HAS (en ligne).

Disponible sur :

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf .

1.3 TRAVER F., DU SAUCEY MJ., GAUCHER C. Etat bucco-dentaire des jeunes participant au dispositif de l'examen bucco-dentaire (EBD). Santé Publique. 2014, 26. 481-490p.

1.4 ROLAND E., DUPRE C., GUEGUEN R. Epidémiologie de la carie chez les enfants de 6,9 et 12 ans des Centres d'examen de santé. Inf Dent. 2006, 88 (33). 2011-2016p.

1.5 D&Consultants, 2018, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas », Document de travail, Série Études et recherche, n°164, Drees, Février.

Disponible sur :

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/l-organisation-des-soins-bucco-dentaires-en-allemande-en-suede-et-aux-pays-bas> .

1.6 PETERSEN E. et Al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ. 2005, 83(9). 661-669p.

1.7 BOURGEOIS D. et Al. Surveillance, épidémiologie et maladies parodontales. Encycl Med Chir. Paris : Elsevier SAS, 2002. 6p.

1.8 FOLLIGUET M. Prévention de la carie chez les enfants de moins de 3 ans. Direction Générale de la Santé. 2006. 1-41p.

Disponible sur:

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_de_la_carie_dentaire_chez_les_enfants_avant_3_ans.pdf .

1.9 FAGE "les Assos Etudiantes". Contribution de la FAGE sur la santé des étudiants. 2014.1-16p.
Disponible sur:

https://www.fage.org/ressources/documents/2/820,14_01_19_FAGE- contribution_sante_de.pdf .

1.10 BOURGEOIS DM., DOURY J., HESCOT P. Periodontal conditions in 65-74-year-old adults on France. Int Dent J. 1999, 49(3). 182-186p.

1.11 https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/dms/Zusammenfassung_DMS_V.pdf.

1.12 <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Karies-barn-och-ungdomar-2011.pdf>

1.13 <https://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/EURO/Sweden/Oral-Diseases/Dental-Caries/> .

1.14 <http://stats.oecd.org/fileview2.aspx?IDFile=1030fc50-ba81-4a06-838b-f83bf5f4a343> et <http://www.cecd.org/oral-healthcare/cecd-database/> .

2.

- Le bonus de remboursement est basé sur les système allemand^{1,5}.

3.

- De nombreuses études montrent que l'institutionnalisation des personnes âgées (EHPAD...) impliquent une dégradation de l'état bucco-dentaire (50 à 70% de soins^{3,1}, études URCAM de 2003). La prévention doit être renforcée dès l'âge de la retraite^{1,2,3,2,3,3}.

3.1 KOIVOGUI A. et AL. Etat bucco-dentaire et antécédents pathologiques dans une cohorte de personnes âgées institutionnalisées en région Rhone-Alpes. La revue de Gériatrie. Paris. 2013, 38(1). 31-39p.

3.2 THIEBAUT S. et Al. Comparaison du recours à un chirurgien-dentiste entre les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant à domicile, France, 2008-2009, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2013, 7 : 60-64p.

3.3 FOLLIGUET M. Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées. Direction Générale e la Santé. 2006. 1-47p.

Disponible sur :

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf .

4-5. (Annexes 2'1 et 2'2 présentant les ALD et le nombre de patients concernés)

- De nombreuses études ont confirmé que les parodontites sévères pouvaient déréguler la glycémie chez les diabétiques et non diabétiques^{4,1}. Les patients diabétiques consultent moins que les patients non diabétiques^{4,2}.
- L'accident vasculaire cérébral et l'infarctus^{4,3} sont potentialisés par les maladies parodontales par les bactéries en elle-même et l'inflammation chronique (risque supérieur de 25%^{4,4} à 40%^{4,5}, incidence des accidents ischémiques mortels est 2,7 fois plus importantes que chez des patients non atteints de maladies parodontales (attention : c'est multifactoriel)^{4,6,4,7}.
- Il suffit de regarder le nombre de recherche dans Pubmed sur les bactéries de la maladie parodontale (Porphyromonas gingivalis, Actinobacillus actinomycetemcomitans, Fusobactérium...) pour comprendre la recherche de liens entre maladies parodontales et maladies générales (que ce soit inflammatoire^{4,9} ou bactérienne^{4,8,4,10}). C'est le cas pour l'asthme^{4,11}, les maladies respiratoires^{4,12}, les maladies auto-immunes et inflammatoire^{4,13}...

4.1 RENERS M. et Al. Le Parodonte au cœur de la santé. Paris : ESPACE id, 2015. 53p.

4.2 AZOQUI-LEVY S. et Al. Dental Health and dental care according diabetic status; results from 2008 ESPS study. Rev Epidemiol Sante Publique. 2014, 62 (6) : 329-337p.

4.3 GEERTS SO. et Al. Further évidence of the association between periodontal conditions and coronary artery disease. J Periodontol. 2004, 75 (9) : 1274-1280p.

4.4 DE STEFANO F. et Al Dental disease and risk of coronary heart disease and mortality. Br Med J.1993 ;306 :688-691p.

- 4.5 BECK J. et Al. Periodontal disease and cardiovascular disease. *J.Periodontol* 1996 ;67 : 1123-1137p.
- 4.6 PAUNIO K. et Al. Missing teeth and ischaemic heart disease in men aged 45-64 years. *Eur.Heart. J* 1993 ; 14(suppl) : 54-56p.
- 4.7 MEILHAC O. Impact des maladies parodontales sur l'athérombose. *Sang Thrombose Vaisseaux*, 2012 (2) : 63-68p.
- 4.8 PETERS BA. et AL Oral microbiome composition reflects prospective risk for esophageal cancers. *Cancer Res.* 2017, 77 (23), 6777-6787p.
- 4.9 CARDOSO EM. Chronic periodontitis, inflammatory cytokines, and interrelationship with other chronic diseases. *Postgrad med*, 2018 (130), 98-104p.
- 4.10 PIETIAINEN M. A. actinomycetemoûtans serotypes associate with periodontal and coronary artery disease status. *J Clin Periodontol*, 2018. En cours de publication.
- 4.11 SCHEN TC. et Al. Impact of periodontal treatment on hospitalization for adverse respiratory events in asthmatic adults: A propensity-matched cohort study. *Eur J Intern Med.* 2017, 46. 56-60p.
- 4.12 OBEROI SS. Et Al. A cross-sectional survey to study the relationship of periodontal disease with cardiovascular disease, respiratory disease, and diabetes mellitus. *J Indian Soc Periodontal.* 2016 (20). 446-452p.
- 4.13 CARDOSO EM. Et Al. Chronic periodontitis, inflammatory cytokines, and interrelationship with other chronic diseases. *Postgrad Med.* 2018, 130. 98-104p.

6.

- Recommandation de l'HAS^{1,2}.

7.

- Recommandation de l'HAS^{1,2} et rapport Direction Générale de la Santé^{1,8} et un exemple de thèse^{7,1}.
- Il convient de souligner qu'il commence dans le grand public, à y avoir débat sur l'utilisation du fluor (dentifrice...) qui aurait une action neurotoxique. L'hyperfluorose est aussi une réalité (retrouvée chez 2,5% des enfants de 12 ans (2008)^{1,6}). L'ANSM a fait des recommandations sur l'utilisation des fluorures^{7,2} dès 2008 (reprises par l'HAS en 2010 mais non réactualisées).

7.1 LE NEVET M. Les vernis fluorés en odontologie pédiatrique. Nantes, thèse d'exercice. 2012 ; 73p.

7.2 www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/7db1d82db7f5636b56170f59e844dd3a.pdf .

8.

- Comparaison avec les autres pays^{1,5}.
- Hygiénistes dentaires au Québec : <https://www.ohdq.com/> .
- Hygiénistes dentaires en Suisse : <https://www.sso.ch/fr/sso/professions-du-cabinet/hygieniste-dentaire.html> .
- Un article comparatif (datant de 2008) : <https://aos.edp-dentaire.fr/articles/aos/pdf/2008/01/aos2008241p39.pdf> .

9 -10-11-12-13-14-15

- Les propositions de revalorisation sont tirées de l'étude de l'économiste de la santé Jean-Jaques **ZAMBROSKI**.
- Une thèse s'est intéressée à l'évaluation du cout réel des actes d'omnipratique : RIVES N., CARDON BATAILLE N. Evaluation du coût réel des actes odontologiques d'omnipratique en 2015. 2015, RENNES 1, Thèse d'exercice. 165p. Disponible sur : <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/cbf190d5-33c9-4e6c-a5d3-7d53f2dbea41?inline>.

- **L'AMALGAME :**

- Les recommandations de l'ANSM sur les amalgames (à peu près les mêmes que les USA). Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/7cacb0593aa9f8ebd9b176c65ff98890.pdf .
- Les réflexions du sénat sur les amalgames : Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/I00-261/I00-26129.html> .
- De nombreuses études ont permis de mettre en évidence des maladies professionnelles du dentiste et de l'assistante dentaire à cause des vapeurs de mercure en particulier sur le système nerveux central. La faiblesse, la fatigue et l'anorexie sont décrites^{9.1}. Le système norvégien a été étudié à différentes époques puisque l'arrêt de l'utilisation des amalgames datent de 2010. Une corrélation est bien retrouvée entre un niveau urinaire de mercure élevé et les symptômes décrits précédemment^{9.2}. Il est confirmé dans la revue des articles sur la corrélation entre utilisateurs de mercure et présence en plus grande quantité dans les fluides^{9.3}.
- Les études impliquant les métaux dentaires (mercure, nickel, or), et le relargage salivaire sont nombreuses. Cela concerne l'hypersensibilité aux métaux (chronicité) et les différentes maladies rhumatismales (Polyarthrite Rhumatoïde, Syndrome de Sjörgen...)^{9.4}, la présence de mercure plus importante dans le sérum maternel et le cordon ombilical chez des patients ayant des amalgames dentaires (sans étude de cause d'une souffrance fœtale)^{9.5}, le lien entre la présence d'amalgame dentaire et la maladie de Parkinson (1,58 fois plus susceptibles...)^{9.6}.
- Cependant d'autres études ne font pas de lien entre des amalgames présents en bouche en nombre et l'hyperactivité^{9.7}, les maladies auto-immunes^{9.8}, la maladie glomérulaire (rein)^{9.9}...
- Il semblerait toutefois que la susceptibilité à la toxicité du mercure diffère selon les individus sur la base de plusieurs gènes^{9.10}.

9.1 AASETH J. et Al. Mercury exposure and health impacts in dental personnel. Environ Res. 2018, 164. 65-69p.

9.2 HOLTE HH. et Al. Mercury exposure in dental personnel. 2014.

Disponible sur :

<https://www.fhi.no/en/publ/2011/kvikksolveksponeering-hos-tannhelsepersonell/> .

9.3 NAGPAL N. et Al. A review of mercury exposure and health of dental personnel. Saf Health Work. 2017, 8(1). 1-10p.

9.4 BJORKLUND G. Delayed-type hypersensitivity to metals in connective tissue diseases and fibromyalgia. Environ Res. 2018 (161). 573-579p.

9.5 BEDIR F. et Al. Mercury concentration in maternal serum, cord blood, and placenta in patients with amalgam dental fillings: effects on fetal biometric measurements. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016, 29 (22). 3665-3669p.

9.6 HSU YC. et Al. Association between history of dental amalgam fillings and risk of Parkinson's disease: A population-based retrospective cohort study in Taiwan. PLoS One. 2016, 11.

9.7 LIN PY. et Al. Risk of subsequent attention-deficit/ hyperactivity disorder among children and adolescents with amalgam restorations. A nationwide longitudinal study. Community Dent Oral Epidemiol. 2018, 46 (1). 47-53p.

9.8 RACHMAWATI D. Continuing the quest for autoimmunity due to oral metal exposure. Autoimmunity. 2015 (8). 494-501p.

9.9 GUZZI G. et Al. Dental amalgam, mercury toxicity, and renal autoimmunity. J Environ Pathol Toxicol Oncol. 2008, 27. 147-155 p.

9.10 HOMME KG. Et Al. New science challenges old notion that mercury dental amalgam is safe. Biometals. 2014, 27. 19-24p.

- **LES RESINES COMPOSITES** : Plusieurs travaux^{9.11} et thèses^{9.12} (récents) se sont intéressés aux risques des composites (relargage Bisphénol A, bis GMA, dérivés) et font même des recommandations sur la mise en place et l'utilisation de celles-ci ; D'autres études^{9.11,9.13,9.14,9.15} et colloques nationaux^{9.16} essaient d'analyser les risques et la cytotoxicité des matériaux polymères. D'autres études relativisent le risque en particulier en orthodontie (présence de Bis-GMA mais bien inférieur à la dose journalière admissible)^{9.17}.

9.11 MALKIEWICZ K. Et Al. Uncompleted polymerization and cytotoxicity of dental restorative materials as potential health risk factors. Ann Agric Environ Med. 2017, 24(4). 618-623p.

9.12 BUREAU A. Polémique sur le bisphenol A, les composites dentaires sont-ils concernés ? LYON, Thèse d'exercice. 45p.

9.13 CARDOSO EM. Et Al. Comparison of Cytotoxicity of New Nanohybrid Composite, Giomer, Glass Ionomer and Silver Reinforced Glass Ionomer using Human Gingival Fibroblast Cell Line. J. Clin Pediatr Dent. 2017, 41(5). 368-373p.

9.14 FRESE C. et Al. Biological evaluation of subgingivally placed direct resin composite materials. J Oral Sci. 2018. En attente de publication.

9.15 MALKIEWICZ L. et Al. Release of bisphenol A and its derivatives from orthodontic adhesive systems available on the European market as a potential health risk factor. Ann Agric Environ Med. 2015, 22. 172-177p.

9.16 <http://www.reseau-environnement-sante.fr/wp-content/uploads/2016/06/Actes-du-colloque-Vers-une-dentisterie-sans-Perturbateurs-Endocriens.pdf>.

9.17 DEVIOT M. et Al. Bisphenol A release from an orthodontic resin composite: A GC/MS and LC/MS study. Dent Mater. 2018, 34. 341-354p.

- **LES INLAY-ONLAY** : sont des obturations peu utilisées dû au fait du coût important de fabrication et du faible coût de remboursement (UNCAM et UNOCAM), permettant toutefois dans le cadre d'une technique bien encadrée de promouvoir une économie tissulaire certaine (par rapport aux couronnes par exemple). Elles permettent aussi de limiter les inconvénients de l'amalgame et des résines composites liées à l'usure et au relargage de composés plus ou moins toxiques pour le patient (étude à préciser). En **Annexe 2'3**, vous retrouvez la lettre de 235 universitaires envoyée à Mr le Directeur de l'UNCAM argumentant en particulier l'utilisation de cette technique.
 - Les recommandations de la HAS sur la reconstitution d'une dent par matériau incrusté : Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/rapport_inlay_onlay.pdf .
 - Les techniques sont particulières et sont codifiées^{9.18,9.19}.
 - La longévité des inlays et onlays est tout à fait acceptable selon de nombreuses études^{9.20,9.21,9.22,9.23}.

9.18 HAJTO J. et Al. Inlays et onlays en céramique : critères de succès. Réalités cliniques. 2013, 24 (4). 99-104p.

9.19 D'INCAU E. et Al. Evolution des formes de préparation pour inlays/onlays postérieurs à la mandibule. Réalités cliniques. 2014, 25.

9.20 Inlays/onlays esthétiques : facteurs de longévité.

Disponible sur :

[http:// 65430983298_1_1364266800.id.elteq.net/011025-22916-Inlays-onlays-esthetiques-facteurs-de-longevite.html](http://65430983298_1_1364266800.id.elteq.net/011025-22916-Inlays-onlays-esthetiques-facteurs-de-longevite.html) .

9.21 LAND MF. Et Al. Survival rates of all-ceramic systems differ by clinical indication and fabrication method. J Evid Based Dent Pract. 2010, 10 (1). 37-38p.

9.22 ANGELELAKI F et AL. Direct versus indirect inlay/onlay composite restorations in posterior teeth. A systematic review and meta-analysis. J Dent. 2016.

9.23 MORIMOTO S. et Al. Survival Rate of resin and ceramic inlays, onlays and overlays: A systematic review and meta-analysis. J Dent Res. 2016, 95. 985-994p.

16.

- Les soins dentaires sont plus longs chez les patients handicapés (méthodes de désensibilisation (plusieurs séances), méthodes de Tell-Show-Do... La facturation de l'acte doit être en lien avec ce temps passé...

17.

- Le MEOPA^{17.1} a une vraie utilisation dans certains cas. La non opposabilité pour les patients définis dans le point 16 et un tarif correct doit être mis en place. Il convient d'être toutefois prudent sur les effets paradoxaux dans certaines maladies ALD 23 (autisme par exemple).

17.1 PHILIPPART F., ROCHE Y. Sédation par inhalation de MEOPA en chirurgie dentaire. Paris : Quintessence International, 2013. 151p.

18.

- Le dépistage régulier dans des établissements accueillant des personnes en institution fait partie de la prévention (recommandation HAS, bilan d'entrée dans les EHPAD's^{1,2}, patients handicapés). Il en est de même de la formation du personnel soignant.

19.

- La télédentisterie rejoint le point précédent. Une expérimentation a lieu en ce moment à MONTPELLIER : www.aude.gouv.fr/IMG/pdf/CP_tele-dentisterie_en_LR_cle238635.pdf . La facturation de l'acte n'est pas prévue actuellement (comme pour les médecins d'ailleurs mais ça devrait bientôt arriver).

20.

- La France est l'un des rares pays à ne pas la pratiquer.
- Pour établir un projet de recommandation ad hoc sur ce sujet il est possible de partir des recommandations de l'HAS sur l'environnement technique nécessaire pour les actes interventionnels
- L'HAS distingue 3 niveaux d'environnement. Dans ce texte une « sédation » dentaire correspondrait à l'environnement 2 (page 46). Avec un niveau d'équipement supérieur pour faire face à une prise en charge plus importante et complexe que le niveau 1, notamment la gestion d'une réanimation. Il doit disposer d'une salle de réveil après l'intervention, d'un système continu d'administration de l'oxygène. La pharmacie est complétée par des médicaments pour traiter l'hyperthermie maligne, les troubles du rythme, les OAP, etc... Le personnel est renforcé, tant sur le plan du nombre que des compétences avec la présence d'une assistante dédiée à la surveillance des patients « sédatisés ». Ce qui répond aux installations possibles d'un cabinet dentaire.
- Ces techniques sont particulièrement efficaces chez certains patients autistes^{20.2}.

20.1 HAS. Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ? Rapport d'évaluation décembre 2010 :

Disponible :

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/rapport_definition_environnements_techniques.pdf .

20.2 PISALCHAIYONG T. et Al. Comparison of the effectiveness of oral diazepam and Midazolam for the sedation of autistic patients during dental treatment. *Pediatr Dent*. 2005, 27. 198-206p.

LES CENTRES DENTAIRES :

Nous vous mettons quelques références sur les centres dentaires :

- Référentiel d'évaluation des centres de santé. Haute Autorité de la Santé. 2010.
Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/referentiel_evaluation_centres_sante.pdf .
- Rapport sur les centres de santé 2013 fait par l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales). Vous pourrez retrouver les aides versées pour maintenir l'équilibre.
Disponible sur :
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf .
- Rapport sur l'association DENTEXIA en 2016 fait par l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales).
Disponible sur :
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2016-075R.pdf .
- Thèses :
 - AVRIL T. Modalités de la pratique de la chirurgie dentaire en centre de santé Mutualiste. Présentée en 2011 dans le cadre d'une thèse d'exercice à la faculté de Nantes (consultable par internet).
 - ASSILI S. Une dentisterie à bas prix : le tourisme dentaire et la tendance low cost. Présentée en 2014 dans le cadre d'une thèse d'exercice à la faculté de Nancy (consultable par internet).
- **La lettre des centres de santé** (mutualistes, dentego...) avec le site internet et le mode de financement (aides...) :
Disponible sur :
Site internet : <http://www.fnsc.org/> .
Création d'un centre : <http://www.fnsc.org/7-etapes-pour-creer-un-centre-sante-sur-votre-territoire>
- **Aide de l'ARS** : appel à projet (3 aides différentes : étude de faisabilité, investissement, pérennisation) :
Disponible sur :
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-12/aap-centres-de-sante-cahier-des-charges-2018.pdf> .
- **Aide Région (selon les régions) : exemple de l'Île de France avec des aides qui peuvent aussi s'exercer à des structures telles que SCM (conditions secteur 1 et 1/3 payant).**
Disponible sur :
<https://www.iledefrance.fr/aides-regionales-appels-projets/structures-exercice-collectif> .
- **Aide CPAM** : Convention entre les centres dentaires et les CPAM : avantages financiers si respect de certaines règles (formation, ouverture, télétransmission, taux de dépassement limité...) :
Disponible sur :
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5439/document/accord-national-centres-sante_assurance-maladie.pdf .
- Les textes sur la publicité :
 - Analyse de l'Ordre National :
Disponible sur :
http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=692&cHash=3c291ba2a1ebf61b1f3015c72c069cd5 .
 - Arrêt cour de cassation
Disponible sur :
https://www.courdecassation.fr/publications_26/arrets_publicies_2986/premiere_chambre_civile_3169/2017_7946/avril_8087/488_26_36703.html .
- Les textes de loi 2018 s'appliquant aux centres dentaires :
 - <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/2/27/SSAH1731210A/jo/texte/fr> .

ANNEXE 2'1 : AFFECTIONS EXONÉRANTES - LISTE ET ACTES BUCCO-DENTAIRES

(Document fourni par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Meurthe et Moselle)

	PATHOLOGIES	Actes Thérapeutiques sur les dents (1)	Actes Chirurgicaux (2)	Actes sur le Parodonte (3)	Actes Prothétiques (4)	Actes ODF (5)
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	X	X	X		
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	X	X	X	X	
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	X	X	X		
4	Bilharziose compliquée					
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	X	X	X	X	
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	X	X	X	X	
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)	X	X	X	X	
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	X	X	X	X	
9	Formes graves des affections neurologiques et musculaires ¹ (dont myopathie), épilepsie grave ²	X		X		
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	X		X		
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves		X	X		
12	Hypertension artérielle sévère, cette ALD est supprimée (pas de nouvelle demande)					
13	Maladie coronaire	X	X	X		
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	X		X		
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences	X	X	X		
16	Maladie de Parkinson	X	X	X		
17	Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ³					
18	Mucoviscidose	X	X	X	X	

19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	X	X	X	X	
20	Paraplégie					
21	Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique	X	X	X		
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive	X	X	X		
23	Affections psychiatriques de longue durée	X	X	X	X	
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	X	X	X		
25	Sclérose en plaques	X	X	X		
26	Scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne					X
27	Spondylarthrite grave	X	X	X		
28	Suites de transplantation d'organe	X	X	X	X	
29	Tuberculose active, lèpre					
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	X	X	X	X	

Légende :

- (1) Restauration des tissus durs de la dent. Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent. Autres actes thérapeutiques
- (2) Avulsion de dents temporaires, de dents permanentes et autres avulsions de dents ou racines. Actes chirurgicaux
- (3) Actes de parodontologie, détartrage...
- (4) Soins prothétiques – prothèses dentaires
- (5) ODF : orthopédie dento-faciale (cotation enTO / ORT)

¹ Formes graves des affections neurologiques et musculaires : au cas par cas

² Épilepsie grave : pas de prise en charge exonérante

³ Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé : au cas par cas

ANNEXE 2'.2 : Effectifs des ALD (Affections Longue Durée).

Code	Libellé de l'ALD	Effectif	Prévalence pour 100 000	% femmes	Age moyen (ans)	Taux de décès en 2016 (%)
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	428 500	697	48	70	5,0
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	24 880	40	57	68	9,7
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	546 080	888	34	72	5,5
4	Bilharziose compliquée	150	0	25	54	1,4
5	Insuf. cardiaque, tr. du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves	1 069 290	1739	50	73	6,0
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	176 280	287	42	59	4,6
7	Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH	115 940	189	34	48	1,0
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	2 586 440	4207	47	66	2,8
9	Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	310 970	506	50	48	2,5
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chron. constitutionnelles et acquises sévères	18 600	30	56	30	1,0
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	37 350	61	52	52	1,6
12	Hypertension artérielle sévère	565 270	919	57	75	5,0
13	Maladie coronaire	1 171 030	1905	29	72	4,1
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	396 670	645	50	63	5,2
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences	347 240	565	72	84	13,6
16	Maladie de Parkinson	125 380	204	50	76	7,9
17	Maladies métaboliques héréditaires	74 320	121	47	50	1,3
18	Mucoviscidose	6 770	11	48	24	1,0
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique	179 500	292	46	66	6,1
20	Paraplégie	34 810	57	39	52	2,9
21	PAN, LEAD, sclérodémie généralisée	105 230	171	79	62	2,3
22	Polyarthrite rhumatoïde	238 070	387	73	63	2,1
23	Affections psychiatriques de longue durée	1 354 120	2202	56	51	1,9
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	156 130	254	56	48	0,8
25	Sclérose en plaques	85 230	139	73	51	1,2
26	Scoliose structurale évolutive	36 850	60	82	32	0,6
27	Spondylarthrite ankylosante grave	114 790	187	51	51	0,7
28	Suites de transplantation d'organe	12 140	20	40	54	2,5
29	Tuberculose active, lèpre	11 100	18	47	51	2,4
30	Tumeur maligne	2 064 170	3357	55	67	6,4
99	Cause médicale d'ALD non précisée	580 090	943	59	57	2,6
	Total patients en ALD ₃₀ (un patient peut être exonéré au titre de plusieurs ALD)	10 021 790	16300	51	63	3,6
	Total patients en ALD ₃₁	744 090	1210	60	56	2,8
	Total patients en ALD ₃₂	85 640	139	76	81	10,8
	Total patients (ALD ₃₀₋₃₁₋₃₂) (un patient peut être exonéré au titre de plusieurs ALD)	10 389 980	16898	52	63	3,5

Source : CNAMTS-DSES

Champ : régime général y compris sections locales mutualistes

ANNEXE 2'3 : Lettre de 235 Universitaires (Doyens, chefs de service, Professeurs, maîtres de conférences, assistants...). Reproduction de la lettre diffusée sur plusieurs sites internet en lien avec la chirurgie dentaire.

A Monsieur Nicolas Revel, Directeur Général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et Directeur Général de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)

« Monsieur Le Directeur Général,

La loi française ne permet pas aux universitaires de participer aux négociations conventionnelles. Toutefois vos collaborateurs ont auditionné différents praticiens chirurgiens-dentistes hospitalo-universitaires, dans l'intention d'argumenter leur réflexion quant au projet d'évolution de l'offre de soins bucco-dentaires aux français et de son financement. Nous observons dans les propositions présentées à ce jour, des incohérences fortes entre les objectifs fixés, les besoins de soins et les moyens proposés aux chirurgiens-dentistes et aux patients pour réaliser une chirurgie dentaire de qualité. C'est dans ce contexte que nous prenons l'initiative de ce courrier.

Nous lisons que votre objectif principal est « d'améliorer la prévention et le recours à des soins conservateurs plus respectueux des dents et des tissus dentaires, en favorisant la qualité des pratiques ». Vos propos s'accordent donc avec ceux que nous avons exposés à vos collaborateurs. En effet, les objectifs de la dentisterie moderne que nous enseignons se fondent sur la préservation tissulaire maximale de l'organe dentaire. Pendant les 10/15 dernières années, alors que les protocoles de collage étaient déjà bien codifiés et qu'ils permettaient de préserver les tissus dentaires par des restaurations type inlays/onlays/overlays, certains chirurgiens-dentistes ont dû réaliser des traitements utilisant des couronnes alors qu'elles auraient pu être évitées, se laissant guider dans leur traitement par le seul souhait de remboursement des patients. Les dégâts qui en résultent sont considérables, et ont entraîné des coûts très importants supportés par les français, par la sécurité sociale et les mutuelles.

Dans l'arbitrage de l'an dernier et dans le projet actuel de l'UNCAM, nous notons un plafonnement des restaurations partielles collées indirectes (RPCI ou inlays/onlays/overlays), de plus avec des honoraires parfaitement inadaptés aux conditions thérapeutiques nécessaires pour réaliser de façon optimale les technologies de collage ! Comment pouvons-nous continuer à enseigner aux étudiants de réaliser des inlays/onlays/overlays dans une enveloppe budgétaire restreinte ? Les personnes qui vous ont conseillé pour définir ces honoraires n'ont peut-être pas apprécié de façon juste les frais en relation avec ces techniques. Ainsi ce plafonnement à un prix inadapté est très risqué car cela empêchera les praticiens qui savent les faire d'en réaliser.

En effet, enseignants, nous sommes responsables de la formation des futurs praticiens. Quels discours pouvons-nous tenir face à nos étudiants, chirurgiens-dentistes de demain ? Comment pouvons-nous continuer à leur enseigner la nécessité d'indiquer des restaurations conservatrices à des honoraires plafonnés et non évolutifs ? Qui plus est, honoraires incompatibles avec le plateau technique et le temps de réalisation clinique, nécessaires à la mise en œuvre de ces soins dans les conditions imposées par les recommandations de la Haute Autorité de Santé ? Avec le développement de la prévention, d'une prise en charge plus précoce et dans les données acquises de la science, les RPCI doivent être désormais systématiquement envisagées comme le traitement de première intention des dents pulpées ou dépulpées délabrées. Les restaurations corono-périphériques de type couronne qui imposent de facto le sacrifice de plus de 70% du volume de la couronne dentaire ne devraient être envisagées que lorsque cette quantité de tissus est déjà perdue ou condamnée et que l'indication des thérapeutiques plus conservatrices est dépassée. Les RPCI constituent donc le traitement de premier choix pour restaurer durablement les dents délabrées lorsque les indications des restaurations directes sont dépassées. En effet, la pérennité de ces traitements, quand ils sont bien conduits, est supérieure à celle des couronnes qui imposent un délabrement important également et sont souvent associées à un ancrage radiculaire (inlay core) ce qui en fait alors l'ultime traitement avant l'extraction. L'action de l'Etat et de l'UNCAM doit tenir compte de l'évolution des pratiques actuelles enseignées en faveur de la préservation maximale des dents et favoriser cette mutation.

Nous pouvons comprendre la volonté de l'Etat d'offrir un accès aux soins qui permette de réhabiliter l'essentiel des fonctions pour le plus grand nombre, mais cette politique ne doit pas empêcher la mise en œuvre des thérapeutiques actuelles par ailleurs largement appliquées dans tous les grands pays.

Ces pratiques actuelles, exigeantes et complexes, doivent aussi pouvoir être appliquées et valorisées à la hauteur des moyens mis en œuvre.

Sans cette orientation, nous n'aurons plus rien d'actuel à enseigner et l'offre de soins en France va limiter les options thérapeutiques aux techniques les plus mutilantes pour les dents.

D'une manière plus générale, quand nous lisons les propositions de l'UNCAM, on note que tout ce qui préserve la dent est plafonné (restauration partielle indirecte comme les inlays/onlays/overlays) ou non remboursé (parodontie, prévention...). Les praticiens seront donc incités à couronner les dents ou à les extraire plutôt que de les pérenniser ! Au total, les propositions que nous avons lues sont l'exact inverse de la pertinence des soins que défend notre Ministre de la santé.

Nous sommes déterminés à ne pas laisser faire les choses en état, car ce serait la négation de notre engagement pour la santé bucco-dentaire de nos concitoyens et la négation de ce que nous enseignons au quotidien à nos étudiants. Alors, même si nous ne sommes pas à la table des négociations, nous tenons à nous faire entendre.

Nous restons à votre disposition pour participer avec vous à l'élaboration d'un projet ambitieux pour la santé bucco-dentaire des français associé à un enseignement universitaire de haut niveau. Nous vous prions d'agréer Monsieur le Directeur Général, nos salutations les plus respectueuses. »

Drs Jean Pierre Attal, Michel Bartala, Pascal De March, Olivier Etienne et Gil Tirlet.