

J'alu le hors série 60 millions de consommateurs
«SPECIAL DENTS - prévenir et soigner» d'oct/nov 2022.
Par le Dr Constance Leger.

Dr Constance Leger
Chirurgienne-dentiste
DU Implantologie chirurgicale et Prothétique
DU d'Expertise en médecine dentaire

Paris le 2 décembre 2022

Mesdames et messieurs, patients, journalistes, confrères et consœurs, politiciens,

J'écris ces quelques pages suite à la parution du numéro hors-série de 60 millions de consommateurs, intitulé «**Spécial dents, prévenir et soigner**». J'espère que nombre d'entre vous auront la patience de prendre connaissance de l'ensemble de cette lettre, dont la longueur ne fait que refléter la complexité d'un sujet qui me tient à coeur : la santé dentaire.

Tout d'abord je dois dire que la parution même d'un tel sujet dans un journal intitulé «60 millions de consommateurs» m'a choquée, en tant que professionnelle de santé. Les gens que l'on soigne sont pas des consommateurs, ils sont des patients. De même que notre profession «ne doit pas être exercée comme un commerce» (cf Code de Déontologie), il me paraît plus que malsain de mettre les patients en position de consommateurs, c'est à dire de les inscrire de fait dans une relation commerciale et non une relation thérapeutique.

Si la mission de 60 Millions est de «*regrouper, produire, analyser et diffuser des informations, études, enquêtes et essais*» à l'attention des usagers du système de soins, et pourquoi pas dans le domaine dentaire (particulièrement opaque et en souffrance il est vrai), ils auraient pu utilement offrir une lecture commentée et éclairée du Code de la Santé Publique, dont fait partie le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes. Ils auraient ainsi pu éclairer nos concitoyens sur les droits inaliénables de tout patient, qui sont trop peu connus, notamment en termes d'information préalable (qui ne concerne pas que les honoraires, loin de là - nous y reviendrons) et de communication de leur dossier médical. Ils auraient ainsi, il me semble, rempli une bonne partie de votre mission de service public.

Cela n'a pas été l'axe retenu par leur rédaction, et je le déplore.

Je ferai ici une lecture commentée de ce numéro, en suivant tout simplement la progression de

vos pages (cela risque donc, je m'en excuse d'avance, aussi peu construit et aussi redondant que ce hors-série) :

1) L'éditorial (p. 3) donne le ton...

«La chirurgie dentaire, c'est un peu le Far West», avec «pas mal de filous» et «quelques dangereux escrocs». Dès lors, et cette idée sera développée à maintes reprises, la solution serait «d'armer» chaque individu face à ce danger, et de lui apprendre à se défendre par lui-même.

Mon expérience en expertise auprès des patients victimes de mauvais soins m'a appris, sans doute au-delà de ce que les auteurs de ces lignes imaginent, à quel point certains praticiens peuvent dégrader la santé des patients qui leur font confiance.

Elle m'a appris également à quel point il est complexe pour un patient d'évaluer la qualité des soins qu'il reçoit... Et culpabilisant de réaliser que l'on s'est «fait avoir».

En réalité, sauf à faire une formation approfondie dans le domaine de la médecine dentaire, ces contrôles par les patients me semblent illusoire.

Pire, les conseils dispensés, quand ils ne sont pas insuffisants, peuvent même amener à des mauvais choix.

Il aurait été complexe mais pertinent d'offrir aux lecteurs une vulgarisation des «bonnes pratiques en odonto-stomatologies», c'est à dire des textes qui font référence actuellement, pour des soins qui respectent les données acquises de la science.

Au lieu de cela, on pioche aléatoirement dans les témoignages de patients (qui, par définition, ne sont pas les «sachants»), qui ont pu mal vivre de bonnes pratiques par simple manque d'information.

L'exemple sur la panoramique est typique, je cite intégralement le passage :

Lors de sa première visite chez un nouveau dentiste, Pascal a été confronté à une méconduite fréquente : «une assistante m'a demandé de passer une radio panoramique alors que je venais pour un simple détartrage, sans aucun mal de dent. J'ai refusé cet acte coûteux et inutile, donc je n'ai pas été reçu.» Un bon réflexe : une panoramique n'a effectivement pas à être réalisée avant le passage devant la dentiste - et surtout pas pour un détartrage.

Les bonnes pratiques sont établies, mais souvent méconnues des patients :

- une radiographie est un examen dit «de deuxième intention», qui vient nécessairement après un examen clinique (au fauteuil)
- il est recommandé de réaliser des panoramiques systématiques tous les 5 ans. Cette fréquence est abaissée à 2 ans en cas d'antécédents de cancers.
- la panoramique n'est PAS une radiographie qui permet de voir les caries. Un bilan initial doit comporter des radiographies intrabuccale (de précision), prenant en compte tous les secteurs de la bouche (soit généralement 10 petits clichés)
- les radiographies sont intégralement remboursées par la sécurité sociale

- les radiographies dentaires, à présent quasiment toutes numériques, sont très peu irradiantes.
- si votre gencive est inflammatoire (saignements), il est impératif d'évaluer votre niveau osseux (par des radios de précision, pas avec une panoramique) avant de réaliser un détartrage.

Indépendamment de ces conseils discutables, j'aimerais souligner le fait même de faire porter la responsabilité du contrôle des soins qu'il reçoit par le patient lui-même. Nous avons une profession réglementée, chapeauté par un Conseil de l'Ordre. Nous sommes dans un pays qui dispose d'un système judiciaire performant, non corrompu. La grande majorité des praticiens exercent de façon conventionnée, c'est à dire en accord avec la Sécurité Sociale. Que penser des dérives actuelles, si ce n'est que ces trois garde-fous sont en échec à contrôler la qualité des soins ? Comment espérer que les patients, individuellement et sans formation, fassent mieux ? Les bonnes pratiques sont connues, elles sont vérifiables par des contrôles reproductibles exercées par des professionnels formés. Mais nous touchons là un problème central : malgré les nombreux contrôles réalisés dans les cabinets (de la comptabilité à l'affichage en salle d'attente...) le cœur du métier, la qualité des soins (au sens large, c'est à dire également la prévention, et la justification même des soins), n'est PAS contrôlée.

Voilà ce qu'il aurait été à mon sens utile à faire passer comme information : «La chirurgie-dentaire, c'est un peu comme le Far West : embauchons des shérifs et faisons régner enfin la loi.»

La fin de l'éditorial porte sur des questions financières, dont nous aurons l'occasion de reparler puisque cela remplit la très grande majorité des pages du hors série.

2) «Adoptons les bons gestes» (p. 6)

C'est une grande et utile vérité, qui évoque les *«gestes de prévention faciles et peu coûteux à mettre en œuvre»* - ce qui aurait mérité d'être le message principal de cet article. Malheureusement discrètement placée entre pas mal d'erreurs...

Les auteurs avaient pourtant les données en main, à condition de savoir les regarder en face. Ils notent ainsi que *«les messages de santé publique quant à l'hygiène bucco-dentaire sont largement diffusés»*, tout en déplorant ensuite les profondes inégalités qui subsistent. Que peut-on en conclure ? Très simplement que les messages de prévention générale sont inefficaces. La seule prévention qui marche est celle qui s'inscrit dans une relation thérapeutique, dans la durée, avec un praticien qui connaît le patient et qui prend le temps de lui dispenser des conseils adaptés. Ainsi, la seule information à faire passer serait ici : «Prenez le temps de revoir l'efficacité de vos gestes quotidiens avec votre dentiste. C'est impératif pour éviter des problèmes de dents et de gencives. Et prenez le temps de vérifier avec lui les autres facteurs de risque que vous pourriez présenter (alimentation, tabac, profession, piercings...) : c'est le médecin de votre bouche.»

Mais alors pourquoi les dentistes ne prennent-ils pas (pas tous) ce temps ? Deux raisons sont souvent évoquées :

- il n'y a actuellement aucune rémunération prévue pour le temps de conseil par les chirurgiens

dentistes, dont la nomenclature a établi qu'ils devaient être payés «à l'acte» (alors que leur premier métier devrait être de permettre à leurs patients d'éviter les actes)

- les patients sont en attente de réparation, et non de conseils. C'est une éducation thérapeutique à mettre en place avec chaque patient, à contre-courant de l'image du métier véhiculée généralement, c'est donc assez vite épuisant individuellement.

J'ai noté dans cet article les imprécisions voire contre-vérités suivantes, certaines présentant un risque pour la santé :

- «*il faut se brosser les dents 4 minutes au total*» est absurde, le temps passé est totalement décorrélé de l'efficacité (efficacité du brossage qui est à faire contrôler par le dentiste, et plus fréquemment à la maison avec du révélateur de plaque)

- «*choisir le bon dentifrice*» :

- une trace suffit (pas besoin d'un «*petit pois*», c'est une recommandation probablement reçue de vendeurs de dentifrices ?).

- les conseils pour les «*personnes à risque carieux important*» s'apparentent à de l'auto-médication et peuvent représenter une perte de chances. Il aurait été plus utile de dire «Si votre dentiste identifie un risque carieux particulièrement important, il pourra travailler avec vous sur les facteurs de risque, rapprocher les rdv de contrôle, et le cas échéant vous prescrire un dentifrice particulier».

- les brosses «médium» que vous recommandez sont contre-indiquées pour la majorité des patients. Il aurait été préférable de dire «seules les brosses souples ne font pas de dégâts sur vos dents et vos gencives. Apportez votre matériel à votre dentiste pour qu'il puisse en vérifier l'innocuité et l'efficacité».

- l'article affirme que «*les bains de bouche classiques sont des compléments utiles au brossage des dents*», ce qui ne semble établi par rien d'autre que les prospectus des fabricants. Les données acquises de la science vont plutôt dans le sens inverse et m'auraient fait préférer : «les bains de bouche ne sont PAS utile dans la majorité des cas, ils peuvent également être très dommageables à votre santé. N'en utilisez donc jamais sans avis médical. Si vous avez un besoin spécifique (par exemple, après une chirurgie), votre dentiste peut être amené à vous prescrire un bain de bouche adapté.»

- Le passage sur le fil et les brossettes est illustré d'une photo d'un mauvais geste d'utilisation du fil... Le fil et les brossettes sont des outils indispensables, mais qui nécessitent un geste précis, qui doit être appris et contrôlé auprès d'un chirurgien-dentiste.

- sur le brossage de la langue, il est écrit «*en cas d'halitose ou de langue chargée, on se contente de la brosser délicatement*». L'halitose est le signe de la présence de bactéries anaérobies pathogènes, une langue chargée signe un déséquilibre important. Ces deux observations (ou une seule des deux) doivent amener à consulter. Là encore, le conseil d'auto-médication donné peut entraîner un retard du diagnostic et donc une perte de chance pour le patient.

- Il est indiqué qu'il est «à faire» de mâcher des chewing-gums sans sucre. Ca n'est en rien indispensable à une bonne santé bucco-dentaire (et je n'ai pas trouvé d'études sur l'efficacité autres que celles commandées par les fabricants). Ca n'est donc pas «à faire», c'est au mieux facultatif, et peut également être néfaste (en entretenant un bruxisme ou des contractures musculaires, en perturbant les comportements alimentaires - et plus largement c'est une source de pollution environnementale, de la fabrication des chewing-gums jusqu'aux déchets qu'ils sont

intrinsèquement)

- il est écrit qu'on risque de transmettre «*des aphtes*» en partageant sa brosse à dents, j'ai rappelé que les aphtes ne sont pas contagieux (par contre, ils sont à évoquer chez le dentiste)

- dans la «visite chez le dentiste» à prévoir chaque année, l'article omet l'essentiel : cette visite doit être un temps de vérification de l'hygiène et de correction des facteurs de risque si on en identifie. Il est écrit que «*c'est également l'occasion de faire un détartrage*», sans préciser que des bons gestes au quotidien permettent, justement, de prévenir l'apparition de tartre. On fera donc un détartrage SI NECESSAIRE. Le tartre qui s'est accumulé est avant tout le signe d'un brossage à parfaire, qu'il faudra donc prendre le temps de revoir.

- le paragraphe «*consulter rapidement si*» aurait mérité un article en soi :

- «*vous avez mal aux dents et cela ne passe pas malgré un antidouleur*» : ce conseil d'automédication peut entraîner une perte de chance pour les patients (par exemple, certaines dents en souffrance pulpaire sont douloureuses très peu de temps, et ensuite se nécrosent sans trop de gêne. Ne pas consulter si la douleur a disparu, c'est prendre le risque d'un diagnostic bien plus tardif, au stade d'abcès développé). Si de nombreux problèmes bucco-dentaires ne sont pas (ou très tardivement) douloureux, toute douleur nécessite un contrôle par un professionnel.

- «*vous saignez au niveau de la gencive depuis plusieurs jours*» : là encore, les premiers saignements doivent suffire à alerter. Cette inflammation doit être examinée par un professionnel. Le conseil ici donné entraîne un retard de diagnostic (notamment chez les fumeurs, les parodontites peuvent entraîner peu de saignements, par poussées inflammatoires successives. Ne pas consulter si les saignements s'arrêtent, c'est risquer de retarder le diagnostic et donc de laisser la destruction osseuse avancer)

- il manque des critères importants qui doivent conduire les patients à consulter : halitose (mauvaise haleine), grincements de dents, gonflement des gencives même sans douleurs, changement de teinte d'une dent, mobilité d'une dent, migration d'une dent, lésions ou bouton sur les muqueuses.

- enfin, rappeler que la plupart des pathologies de la bouche évoluent sans trop de gêne et qu'il convient donc de consulter tous les ans même en l'absence de symptômes aurait été bien utile.

I. «**Limiter les frais et les risques**» (p. 10)

Le choix dans l'ordre des mots du titre de cet article me laisse perplexe. A titre personnel, concernant sa santé, qui juge plus important de limiter les frais que les risques ?

L'introduction mentionne que «*des moyens existent pour limiter les coûts*», c'est tout à fait vrai. Le seul vrai moyen de ne pas se ruiner pour sa santé c'est d'en prendre soin. C'est d'autant plus vrai en médecine dentaire que la quasi-totalité des dégâts que nous «réparons» est évitable, et assez simplement. Pourquoi donc n'avoir pas fait passer ce message primordial de santé publique : «Vous souhaitez faire des économies ? Misez sur la prévention, cherchez un dentiste qui vous conseille et vous accompagne, et surtout prenez soin de vos dents au quotidien» ? C'est en diminuant le besoin en soins, et uniquement cela, que vous obtiendrez de réelles économies

(individuelles et sociétales). »

Le reste (c'est-à-dire tout ce qui est évoqué dans les pages de 60 millions) ne constitue pas une réelle économie, comme nous allons le voir :

- «*opter pour le 100% santé*» correspond à des frais assumés par la société, pour un état de santé qui se dégrade. D'une part, «la société» ne crée pas de valeur, elle aura donc besoin de financer cette dépense par une recette. D'autre part, une économie ne peut s'évaluer que toute chose égale par ailleurs, or, je pose la question : préférez-vous une couronne ou votre propre dent saine ? Ca vous semble stupide ? Maintenant imaginons que la couronne soit «gratuite» (ce qui est un mensonge évidemment, les frais sont juste assumés différemment), que préférez-vous ? Toujours votre dent saine ? Alors pourquoi penser que le lectorat de 60 millions est différent ?

- «*changer de mutuelle*» amène juste à financer différemment ses dépenses de soins. Une mutuelle ne diminuera jamais votre besoin en soins, donc les dépenses de santé.

- «*éviter les dentistes peu scrupuleux qui gonflent la note*» me semble un amalgame dangereux entre honoraires élevés (et mal remboursés) et soins injustifiés, et peut conduire à des mauvais choix compte tenu de la nouvelle nomenclature (déconnectée des données acquises de la science).

Ainsi, cette introduction qui promet de nous guider pour avoir «*des soins de qualité*» ne parle en fait que d'argent, et bien peu de ce que sont des soins de qualité.

1) «Le vrai prix du gratuit» (p. 12)

Cet article est un décryptage (assez partisan en réalité) de la réforme dite «100% Santé».

J'ose espérer que l'INC (Institut National de la Consommation, qui édite «60 Millions de consommateurs»), établissement public, garde assez de liberté pour pouvoir examiner en toute impartialité l'impact des réformes politiques dans la vie de ceux qu'ils appellent les «consommateurs» (mais qui demeurent des patients à mes yeux).

Cette réforme est assez complexe, et une lecture explicative est pertinente.

Cela dit, il me semble que l'article passe totalement à côté des vrais enjeux - et dangers - mis en évidence par cette nouvelle politique de remboursements.

Tout d'abord, de quoi parlons-nous ? D'une réforme qui impose des tarifs à des professionnels, sans exercer aucun contrôle sur la qualité sur ce qu'ils font (ni même : sur la justification de ce qu'ils font). Dans quel monde d'idéaliste peut-on imaginer que ce genre de cadre puisse amener à un cercle vertueux ?

C'est une dérive dont nous avons déjà conscience dans le monde dentaire avec les bénéficiaires de la CMU. J'invite à ce sujet les journalistes de 60 millions à prendre connaissance de mon mémoire de DU d'expertise (disponible sur le site du cabinet), qui démontre comment les soins gratuits et sans contrôle amènent à une détérioration de la santé des populations vulnérables.

Pour faire simple : vous êtes un patient (par définition, pas un «sachant»). On vous propose, alors que vous avez des dents saines, de couronner toutes celles de devant, pour «faire plus joli et plus solide». Et on vous dit que cela ne coûtera rien. Vous risquez fort d'accepter, et donc de subir des

mutilations irréversibles.

Cela semble dingue ? Exagéré ? C'est pourtant ce qui se vit quotidiennement dans bien des centres ainsi que dans certains cabinets...

Quels étaient les garde-fous qui évitaient ce genre de délires ?

- l'entente préalable : une simple radio envoyée à la sécu, qui validait ou non le besoin de couronner la dent. Cette vérification par un tiers a été supprimée il y a plus de 20 ans pour les prothèses dentaires. Pourquoi ? Aucune idée. Elle existe toujours en orthodontie, en kiné, et même pour les orthoptistes, où les risques de dégâts irréversibles sont tout de même moindres...

- le devis : de fait, lorsque le patient paie lui-même ses soins, il est amené à réfléchir davantage à leur indication (surtout pour des montants élevés). Le système pervers du «gratuit» fait que les patients (les premiers concernés par les «soins») ne sont même pas informés des coûts, et ne les assument pas (pas directement en tous cas, même s'ils finissent pas souffrir d'une société qui s'appauvrit et d'un système de santé qui s'essouffle).

Une analyse journalistique de ces mécanismes, de leurs causes et de leurs effets, aurait été bienvenue.

Aujourd'hui il semble aberrant que «la société» fasse des chèques en blanc à des dentistes sans même vérifier que ce qu'ils font est justifié.

Et comme une image vaut mille mots, je souhaite ici en partager deux :

AVANT : un patient avec des dents vitales et saines, souffrant d'une parodontite modérée à sévère selon les sites.



APRES (en réalité seulement quelques mois plus tard) : 25 dents dévitalisées (pour rien), 10 dents couronnées (pour rien), au moins 2 dents déjà tellement abîmées par ces «soins» qu'elles sont à extraire.



Bref, un état dentaire extrêmement délabré, et un patient qui sera probablement rapidement (et irrémédiablement) handicapé par des édentements multiples.

- coût financier pour la société : plusieurs milliers d'euros déjà versés, et bien plus à venir puisqu'il faudra refaire ces prothèses et accompagner la perte des dents qui ont été massacrées
- coût financier pour le patient : zéro. Chouette, c'est gratuit ! (j'espère qu'il a dit merci)
- coût sanitaire et humain pour le patient : immense. Ce patient ne retrouvera jamais ses dents saines. Il a déjà supporté de nombreuses séances de soins pénibles, et est parti pour une vie de soins dentaires lourds.

Ca n'est pas un cas isolé. C'est un cas «extrême» (compte-tenu du nombre de dents mutilées), mais pas rare.

Voilà à quelles dérives mènent le «tout gratuit» sans contrôle. Voilà quels sont les risques auxquels les patients sont exposés. Permettez-moi donc de mettre quelques guillemets sur le nom de cette réforme 100% «santé»...

Revenons à l'article. Il est écrit «*Avez-vous déjà renoncé à remplacer une dent perdue car cela coûtait trop cher ?*». Il y a une information essentielle qui manque ici. Nous sommes en 2022. Une dent perdue (sauf trauma évidemment, mais cela représente moins de 5% des pertes dentaires), c'est avant tout l'échec de plusieurs années de prise en charge (voire plusieurs décennies). Ca n'est pas du tout une fatalité de perdre ses dents, ni de devoir les couronner (ce qui est malheureusement souvent une étape vers la perte de la dent).

Etre suivi pendant des années par un dentiste, appliquer les conseils qu'il vous donne, et apprendre un jour qu'une dent est à couronner ou à extraire, voilà qui devrait alerter les patients. Une prise en charge préventive, une éducation thérapeutique adaptée, et des contrôles suffisamment précis et fréquents permettent de garder ses dents, et donc de ne jamais avoir à les «remplacer».

Il est écrit ensuite que, grâce au RAC zéro (ou diminué), «*la demande en prothèses dentaires a augmenté très fortement, de 20 à 30 %*». «Preuve - selon les auteurs - que de nombreux patients en profitent pour faire soigner leurs dents». Il y a là un sophisme particulièrement retors. NON, ça n'est pas une preuve que les dents sont soignées. C'est juste la preuve que plus de prothèses sont réalisées. En quoi est-ce satisfaisant ? En quoi y a-t-il de quoi se réjouir, à une époque où les prothèses sont des soins si tardifs et délabrants qu'ils devraient quasiment avoir disparu de notre arsenal thérapeutique ?

Il est écrit que «*le praticien doit vous indiquer une alternative thérapeutique entrant dans le panier 1 ou 2*», sans préciser qu'elle n'existe que rarement... Les praticiens consciencieux ont à cœur de proposer à leur patients les traitements les plus adaptés médicalement, or ils n'entrent pas dans le RAC 0 (par exemple : inlays céramiques, traitements parodontaux...). Cet article pousse donc ainsi les patients à choisir des soins de moindre qualité, puisque moins chers. Ca n'est pas ma vision de la santé (j'imagine à titre personnel ça n'est pas celle des auteurs de l'article non plus), et c'est en outre une aberration économique puisque des mauvais soins sont

toujours extrêmement coûteux à refaire (à l'identique, ou par des soins encore plus lourds).

L'auteur parle d'esthétique dans la différence entre les paniers de soins, c'est loin d'être la seule composante à prendre en compte. Il aurait été utile d'informer les lecteurs, par exemple, sur le fait que :

- les inlays-onlays sont moins délabrants, ils permettent de garder davantage de «tissu dentaire sain», et sont donc à privilégier par rapport aux couronnes (qui, elles, nécessitent un fraisage périphérique de l'émail et de la dentine). En tout état de cause, il ne devrait quasiment plus y avoir de «nouvelles couronnes» faites en 2022, les seules dents couronnées devraient l'être pour remplacer des anciennes couronnes défectueuses.
- la céramique est, certes, plus esthétique, mais elle est également d'une biocompatibilité incomparable avec celle du métal et des résines
- toutes les céramiques n'ont pas les mêmes indications. Les céramiques les plus dures entraînent des usures des dents antagonistes.
- certains actes du panier RAC 0 ne sont tout simplement pas cohérents avec les bonnes pratiques. Par exemple, un bridge pour remplacer une dent absente n'est aujourd'hui PAS l'alternative préconisée. Il ne sera réalisé que s'il n'est pas possible de remplacer la dent absente par un implant (solution qui laisse les deux dents adjacentes saines), et encore, on fera autant que possible un bridge collé, qui n'entre pas dans le RAC 0 mais est moins délabrant. De même, la prothèse amovible partielle à base résine (et non base métallique) est considérée comme une prothèse provisoire, et non une prothèse d'usage.

Il est donc faux d'écrire que *«la réforme offre suffisamment de possibilités de soins dans le panier RAC 0 pour que chacun puisse protéger son capital dentaire sans reste à charge»*.

Enfin, j'attire votre attention sur un point passé sous les radars de 60 millions : l'aspect financier du côté dentiste. L'article parle de la revalorisation des actes conservateurs (c'est-à-dire actes non prothétiques, pour les caries que l'on traite suffisamment tôt pour éviter un inlay ou une couronne) sans préciser que ces derniers n'avaient pas été augmentés depuis des décennies, et que les tarifs actuels restent bien en-dessous du taux horaires des cabinets, si tant est que l'on souhaite prendre le temps de les réaliser correctement.

Les tableaux proposés précisent ce que le patient devra ou non payer finalement directement. Mais combien de temps de fauteuil ces tarifs permettent-ils de prendre pour le dentiste ? Cette rémunération permet-il, tout simplement, de bien soigner ? C'est une question loin d'être accessoire non ?

Ainsi, il aurait été pertinent de donner un ordre de grandeur des durées des actes réalisées selon les données acquises de la science. 60 millions cherche à protéger ses lecteurs de praticiens peu scrupuleux (et c'est tout à son honneur, même si j'ai pu écrire plus haut le fond de ma pensée sur la nécessité de contrôle externes systématiques et qualifiés). Ils auraient pu les inciter à la plus grande vigilance (voire à la fuite) si ils se voient proposer, par exemple :

- des «détartrages» en 5 min
- des «dévitalisations» en 10 min (ça n'est même pas le temps d'action du désinfectant mis dans les racines...)
- des «tailles de couronne et empreinte» en 15 min
- des pose d'implants en 10 min...

Le président de la Dent Bleue est cité : «*Comment être sûr que le dentiste recommande le soin à honoraires libres parce qu'il est bon pour le patient et non parce que les prothèses prises en charge à 100 % ne sont pas rentables pour lui ?*». Je me permets de formuler différemment :

- pourquoi un dentiste travaillerait-il à perte ? (c'est-à-dire, compte tenu des charges d'un cabinet, non pas simplement en bénévole mais en se ruinant)
- plus subtile : si certaines séances (par exemple : «simple contrôle») ont des honoraires tels qu'ils sont à perte pour le cabinet, comment être sûr que le dentiste ne va pas chercher l'équilibre financier global en faisant sur surtraitement prothétique ?
- Et enfin : comment être sûr que mon dentiste ne bâcle pas le travail si on lui impose des tarifs trop bas ?

Encore une fois, nous parlons de santé et de dégâts irréversibles. Il ne s'agit pas de «*travail un peu trop vite réalisé*» mais de négligences, de dégradation de leur santé et souvent de mutilations irréversibles dont les patients subiront les conséquences toute leur vie.

2) Bien choisir sa mutuelle (p. 16)

Cette article s'inscrit dans la partie «*limiter les frais et les risques*», ce qui ne manque pas de me surprendre.

Comme je l'écrivais plus haut, une mutuelle répartit différemment les dépenses, elle ne limite pas intrinsèquement les frais.

La présence même de ce comparatif dans un numéro «spécial dents» me fait réfléchir.

En outre, depuis la vente forcée des mutuelles imposée à tous salariés, la part de choix se réduit pour beaucoup...

Ce qui m'aurait intéressée (et aurait eu sa place dans un numéro «spécial mutuelles» par exemple), ça aurait été de lire et de comprendre :

- qui a encore le choix de sa mutuelle en France aujourd'hui ?
- combien coûtent réellement les mutuelles (aux employés ? et aux employeurs ?) ?
- comment ont évolué le prix des cotisations ces dernières années (surtout depuis l'obligation de souscrire une mutuelle) ?
- comment ont évolué les taux de réversion, c'est à dire quelle est la part de l'argent versé aux mutuelles qui revient réellement à ses adhérents ?
- quelle régulation est faite sur ce taux ?
- où va le reste de l'argent ?

Le reste est à mon avis accessoire.

Je ne vois pas ce qu'il reste de l'impartialité due à la déontologie de journaliste lorsqu'on peut lire «*pour réduire l'addition, une complémentaire s'impose*» ou même «*seule une bonne complémentaire santé est en mesure de diminuer ce qu'il vous restera à payer*». Au quotidien, je vois des patients payer de plus en plus cher (eux et/ou leurs employeurs) des mutuelles qui

remboursent de moins en moins bien, et souvent en dépit de leurs intérêts médicaux (par exemple : rien pour traiter une infection parodontale, mais totalement une couronne qui ne devrait pas être nécessaire ; rien pour l'éducation thérapeutique qui permet de conserver ses propres dents, mais des forfaits pour des implants lorsque ces dernières sont perdues...).

Bref le calcul de prendre une mutuelle pour diminuer ses dépenses de santé - à soins équivalents bien sûr - est à mon sens loin d'être évident, au quotidien je dissuade plutôt les patients de se ruiner en cotisations, et d'investir sur la prévention. C'est la seule voie d'économie fiable et saine : garder ses dents en bon état en étant sérieux et bien conseillé.

Je lis plus loin «*retrouver le sourire sans bourse délier, c'est possible*», et je me dis que les auteurs de ces pages ne savent pas grand chose du métier de chirurgien-dentiste... Rien des données acquises de la science et du peu de cas qu'en fait la sécurité sociale, rien des contraintes économiques d'un cabinet et de l'inadéquation avec la nomenclature actuelle...

En expertise, j'accompagne de nombreux patients qui n'ont pas forcément «bourse déliée» et qui sont pourtant bien loin d'avoir retrouvé le sourire...

On nous explique ensuite à nouveau tout le bien que 60 millions pense de la réforme «100% santé» (c'est la 4e fois en 15 pages, comme je n'ose mettre en cause leur indépendance, je mettrai charitablement leur enthousiasme sur le compte de l'ignorance ?)... Avec les mêmes raccourcis mensongers hélas : non, il n'y a pas de «*haut de gamme*» en santé, il y a des soins de qualité qui correspondent à une indication clinique, ou bien des compromis moins bons pour la santé (et, à terme, forcément plus coûteux).

Un mot d'ailleurs sur le «*coûteux implant*» : on parle de gens qui sont carrément allés jusqu'à la perte d'une dent. On parle d'échec de prise en charge sur des années voire des décennies. Il y a à mon sens bien d'autres questions à se poser que le prix de cette prothèse. Cela me semble à peu près aussi déplacé que de dire à un patient qui a fumé pendant 40 ans que la greffe de poumon c'est cher. Il faut comprendre pourquoi, comment, ce patient a pu détruire ses propres organes. Il faut l'accompagner, le conseiller pour qu'il modifie ses comportements destructeurs et puisse donner toutes ses chances aux traitements de réparation. Et bien sûr il faut remplacer l'organe perdu, et suivre l'intégration de ce nouvel élément dans sa santé générale.

Les auteurs semblent souhaiter que les implants soient moins chers et / ou remboursés. Je pose la question autrement :

- seriez vous prêts à accepter que ces pièces intégrées à votre os (donc idéalement pour toute votre vie) soient moins fiables ? Aujourd'hui, les marques les moins chères présentent des taux de complications plus élevés.

- seriez vous prêts à accepter que votre praticien prenne moins de temps pour préparer, réaliser, et suivre votre chirurgie ? En supprimant quelles étapes ? bilan sanguin, contrôle radio, asepsie, conseils post-opératoires ?

- enfin, côté remboursement : comment s'assurer que des «implants gratuits» ne suivront pas les mêmes dérives que les «couronnes gratuites» d'aujourd'hui ? Comment motiver les patients pour conserver leurs dents (parfois avec des traitements pénibles), comment s'assurer que les praticiens mettent tout en oeuvre pour conserver les dents plutôt que de les remplacer ?

On apprend ensuite la «*méthodologie de comparatif*» utilisée par 60 millions pour évaluer les mutuelles. Malheureusement, nous ne sommes pas dans un domaine commercial (où ils excellent sans doute), mais bien dans le domaine de la santé, soumis au Code de Santé Publique. Ainsi, je signale que lorsqu'ils écrivent «*le RAC peut être inférieur à celui indiqué dans nos tableaux lorsque la pose de prothèses ou les soins sont réalisés par des praticiens du réseau partenaire de certains assureurs et mutuelles*», ils omettent de préciser qu'il s'agit là de pratiques contraires au Code de Déontologie, ce qui est tout à fait regrettable. Je laisse sur ce sujet les plus passionnés se plonger dans le mémoire que j'ai rédigé sur le Code de Déontologie (qui m'a valu, ne boudons pas notre plaisir, de sortir major du diplôme universitaire d'expertise en médecine dentaire de Paris 7). Les «réseaux» vont en effet à l'encontre :

- du libre-choix de son praticien par le patient, droit inscrit pour tout patient dans le Code de Santé Publique
- de l'interdiction d'accord et de partages d'honoraires entre praticiens
- de l'interdiction de pratiques commerciales («réductions» obtenues de fait par un meilleur remboursement)
- de l'interdiction de détournement de clientèle (puisque cette proposition est faite au patient à la réception d'un devis, donc à un patient déjà suivi par son dentiste).

Les auteurs de 60 millions portent dans ces pages la responsabilité de vanter des pratiques illégales.

Que des compagnies d'assurance à but lucratif trouvent un intérêt à s'engouffrer dans ces pratiques déviantes, je le comprends aisément. Mais que des journalistes d'un établissement public ne relèvent pas ce que cela peut avoir de problématique, c'est pour le moins décevant.

Alors de quoi parlons-nous ici concrètement ?

De dentistes qui acceptent, en baissant leurs tarifs, de bénéficier d'un «rabattage» de patients par des mutuelles.

En quoi cela pourrait sembler une voie d'amélioration de la prise en charge des patients ?

Par quel miracle ces dentistes sont-ils «moins chers» ?

- première hypothèse : tous les autres sont trop chers ! Les dentistes qui privilégient leur totale indépendance et le respect du Code de Déontologie seraient donc tous des voleurs.
- deuxième hypothèse : les dentistes de réseau «font leur chiffre» avec un gros volume d'actes, donc sans être trop regardant sur la qualité (ni même l'indication) de ce qu'ils font...

Voilà une enquête intéressante pour de prochains sujets, non ?

Suivent ensuite 3 tableaux comparatifs qui m'ont posé plusieurs problèmes :

- Ne sont pas étudiés les contrats des mutuelles des salariés, qui sont tout de même très nombreux, très coûteux, et tout aussi opaques ;
- Sont évoquées les sur-complémentaires comme une voie possible d'économie. Elles sont rarement «rentables» si l'on est bien (donc peu) soigné ;
- il est mentionnée une «*consultation d'un chirurgien-dentiste à 45 euros*», tarif qui n'existe pas (Consultation = 23 euros)

- Les auteurs parlent de «*redressement des dents*», ce qui sera sans doute apprécié par nos confrères orthodontistes, dont le travail est d'assurer la croissance des bases osseuses et la mise en place des fonctions de ventilation, déglutition, et phonation. Quand on sait les multiples impacts que cela peut avoir sur toute une vie (bruxisme, dorsalgies, apnée du sommeil...) on peut être un tantinet chagriné de cette formulation quelque peu réductrice.

- je cite enfin : «*résultats ? malgré des cotisations dont le montant n'est pas anodin, il faut souvent mettre la main au portefeuille*». Je trouve dommage ces raccourcis (d'autant que les mutuelles ont bien plus leur part de responsabilité que les soignants dans cette question) qui entretienne nos concitoyens dans l'idée que la santé coûte cher alors qu'elle devrait être gratuite. La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût. Nous avons des coûts extrêmement faibles comparés à de nombreux pays de niveau de développement équivalent. Nous avons un système de solidarité nationale qui nous protège des plus gros risques (par exemple, vous ne perdrez pas votre maison si votre fils a une leucémie, ça n'est pas le cas partout sur la planète). Et malgré cette chance, tout ce qui est payé personnellement dans le domaine de la santé reste mal perçu, abusif, indû.

La mentalité du «*j'en ai besoin donc je ne devrai pas payer*» ne repose sur rien d'autre qu'une idéologie démagogue. Chacun a besoin d'un toit, de vêtements, de manger sainement... Et pourtant la plupart des gens trouvent normal (sauf situation de grande précarité) de payer soi-même pour cela (tout ou partie). Quand en plus, comme c'est le cas en dentaire, les besoins en soins dépendent directement des comportements des patients, on est en droit de se demander au nom de quoi la solidarité nationale devrait les prendre en charge, et de surcroît sans contrôle ni comptes à rendre (de la part du dentiste comme du patient) ?

Mais revenons à nos chères mutuelles.

Il manque une colonne aux beaux calculs proposés, c'est celle du montant annuel des cotisations. Pourtant, ce prix est très éclairant.

- Pour Guillaume, la dépense annuelle sera d'environ 840 euros (je vous fais grâce de la fourchette, les mutuelles comparées ont des tarifs globalement similaires). Cela correspond à environ 3 inlays. Mais quelle personne de 30 normalement suivie et conseillée a besoin de 3 inlays par an ? et tous les ans ?

- pour Dominique et Danièle, on grimpe à 2400 euros par an. C'est le prix de deux beaux implants... Mais qui a besoin de 2 implants par an ? et tous les ans ? Sous le tableau, on précise que la base de remboursement atteint 300% la 3e année, soit après déjà 5000 euros de cotisations versées... c'est royal non ?

Les auteurs mentionnent par ailleurs des «*bonus*» en citant le remboursement de la «*parodontie*», je trouve ce raccourci dangereux. La parodontite est une infection qui mène au déchaussement des dents et peut entraîner des complications générales. Elle est aussi fréquente que la carie, et évolue, sans traitement, jusqu'à la perte des dents (parfois sans aucune douleur). Son traitement est simple (surtout si le diagnostic est précoce) mais n'est pas pris en charge par la sécurité sociale. Le terme de «*bonus*» laisse penser que ce traitement est optionnel, ça n'est pas le cas.

Sous le troisième tableau, les auteurs ont tout de même la clairvoyance de préciser «*rare sont*

les acteurs à faciliter la tâche du calcul de ce qui restera à payer», et là je ne peux retenir un «Comme c'est curieux !?!». Qu'ont-elles donc comme intérêt à demeurer aussi opaques pour leurs cotisants ??... Et pourquoi aucune ne communique sur son taux de reversion ?...
Encore un bon sujet d'enquête à venir !

Pour résumer, je rappelle que les mutuelles ne FABRIQUENT pas d'argent, elles en gagnent. Ce sont donc des intermédiaires qui, sans soigner les patients, réorganisent les flux financiers en augmentant les dépenses générales de santé. Vous pouvez, à titre individuel, avoir la chance d'être gagnant sur un point précis. Mais il faut garder en tête que :

- les mutuelles n'amélioreront jamais votre état de santé, ni ne diminueront votre besoin en soins
- seule la prévention vous permet de réelles économies. Par chance, elle est très efficace en dentaire !

3) Où consulter pour ses dents ? (p. 24)

Avant d'aller plus loin, j'aimerais remettre en cause l'intérêt même de cet article. Les chirurgiens-dentistes ont tous les mêmes diplômes (ou des diplômes reconnus comme équivalents), ils ont la même responsabilité de leurs actes, et sont soumis au même Code de la Santé Publique. Le contrôle qualité (inexistant à ce jour) devrait logiquement être le même partout.

Le fait même de poser cette question met en avant un problème qui n'est pas nommé : Y a-t-il des différences dans la qualité de la prise en charge selon l'endroit où l'on consulte ?

Ensuite, cette question est placée dans la rubrique «*limiter les frais et les risques*», ce qui de fait fait passer la question du coût (immédiat) des soins avant la qualité du traitement (à commencer par son indication). C'est une vision erronée de la médecine dentaire, car nous savons bien que les mauvais soins seront toujours à terme bien plus coûteux (indépendamment de l'identité du payeur ou du moyen de financement, qui n'a aucun intérêt médical).

Le paragraphe de sous-titre annonce «*délai à rallonge pour un rdv, acte hors de prix*». Ce «*hors de prix*» m'interpelle parce qu'il n'y est opposé aucune comparaison. Hors de prix par rapport à quoi ? Par exemple, un traitement parodontal peut représenter plusieurs centaines d'euros. Est-ce hors de prix ? C'est souvent un problème qui n'est tout simplement pas traité par les dentistes (en centres ou ailleurs) : Mais ne pas le traiter, est-ce une économie pour les patients ? Est-ce que les laisser perdre de l'os est une meilleure option financièrement ?

Un comparatif avec les coûts des soins dans d'autres pays offrant les mêmes prises en charge aurait été très éclairant (européens, US, Canada, pays nordiques...), et bien plus pertinent que ce «*hors de prix*» qui ne repose sur rien.

Il est écrit «*pire pour une intervention en urgence*», sans préciser que la très grande majorité des urgences dentaires sont totalement évitables par un suivi régulier et de qualité. Et que si vous êtes suivi régulièrement, votre dentiste traitera votre urgence rapidement.

Les «*délais à rallonge*» dont on parle ici ne sont pas une question purement économique, mais correspondent à des zones sous-dotées, de plus en plus nombreuses. En face, ce sont des

praticiens exténués, proches du burn-out (je vous laisse lire à ce sujet sur mon site une étude que j'ai récemment réalisé sur la qualité de vie en cabinet), forcés de refuser des patients à longueur de journée (ce qui n'a rien de plaisant pour un soignant). Notre système de santé est malade. Il est urgent que les patients se rendent compte qu'ils ont un rôle à jouer dans leur santé, en travaillant en prévention, pour ne plus saturer un système à bout de souffle. Voilà qui aurait été intéressant à faire passer : *«vous êtes en désert médical ? vous peinez à trouver un dentiste ? cherchez avant tout un praticien qui vous conseille sur ce que vous pouvez faire au quotidien pour EVITER d'avoir besoin de soins»*.

Avant de se plonger dans les différents modes d'exercice (qui n'a que peu d'intérêt à mon sens puisque les soins devraient être les mêmes partout - il aurait été plus judicieux de pointer ce problème et d'appeler à davantage de régulation), les auteurs affirment que *«toutes les structures ne se valent pas et ne pratiquent pas les mêmes types de soins ni les mêmes tarifs»*. Mais qu'en est-il de la qualité des soins ? Et comment expliquer cette différence de tarifs ?

* le dentiste libéral est, selon l'article, celui qui *«a l'obligation de répondre aux besoins de ses patients»*, il est même précisé que *«sa responsabilité civile et professionnelle est mise en jeu devant les tribunaux»* en cas de pratique déviante. Je ne comprends pas comment ont été faites les recherches de ces journalistes.

- d'abord NON, un dentiste (libéral ou non, il a les mêmes devoirs) n'a jamais l'obligation de répondre aux besoins de ses patients : il propose des soins adaptés à la situation en fonction de ses propres compétences. Il a l'obligation déontologique d'adresser son patient vers un praticien spécialisé si besoin. Il peut également refuser de pratiquer un acte dont le patient a besoin, si cela sort de son champ de compétence (et heureusement !). Cette assertion ne repose sur rien.

- ensuite la responsabilité civile et professionnelle des praticiens est mise en cause systématiquement en cas de problème, que le dentiste soit ou non libéral. Quelle que soit la structure dans laquelle il exerce, le dentiste répond personnellement de ses actes. Il peut, s'il est salarié, tenter de faire entrer en jeu également la responsabilité de l'employeur (si ce dernier l'a contraint ou ne lui a pas permis d'exercer dans de bonnes conditions), mais il sera tout de même le premier à répondre de ce qu'il a fait.

«Etre suivi par un dentiste libéral permet, en général, d'obtenir un rdv rapide en cas d'urgence» dites-vous. Là aussi, les auteurs font erreur. Tout dentiste a l'obligation déontologique d'assurer ses urgences (c'est à dire les urgences des patients déjà suivis par lui), qu'il soit libéral ou non (dans la limite de ses possibilités bien sûr). Il aurait été plus clair (et plus honnête) d'informer sur le fait que si un praticien qui vous suit régulièrement (que ce soit en centre ou ailleurs) vous laisse sans solution en situation d'urgence, c'est un signe d'alerte sur la qualité de la prise en charge.

En terme de tarif, on lit que *«le dentiste libéral a le droit de pratiquer des honoraires libres»* (dans un certain cadre), *«il peut donc être plus cher que le praticien exerçant à l'hôpital ou en centre dentaire»*. C'est une curieuse vision. Je partage la mienne : la liberté de fixer ses honoraires (*«avec tact et mesure»*, c'est dans notre Code de Déontologie) permet au dentiste libéral de prendre le temps nécessaire pour vous soigner correctement, selon une triade qui est toujours

singulière : un patient-un dentiste-un acte. A contrario, les honoraires contraints des autres structures n'offrent pas aux praticiens la possibilité d'ajuster le temps nécessaire à ce qu'il y a à faire pour chaque patient.

Les auteurs affirment que cela est «*plus cher*», c'est encore une fois méconnaître le vrais prix des mauvais soins (toujours plus élevés que des soins de qualité).

Et c'est faire abstraction du vrai coût horaire facturé, nous y reviendrons.

Maintenant un petit calcul :

- lorsque vous êtes soigné en libéral, les honoraires servent à faire tourner le cabinet (pour 60 à 90 % selon les cas) et à rémunérer celui qui vous soigne.

- lorsque vous êtes soigné en centre privé, les honoraires servent à faire tourner le cabinet, à rémunérer celui qui vous soigne, et également à faire gagner de l'argent à des investisseurs ou actionnaires. Ces centres ne créent pas de l'argent, ils répartissent dans plus de poches. Ajoutez à cela deux faits : les honoraires sont moins élevés, et les dentistes souvent très bien payés (voir sur ce point l'attractivité des contrats de salariat pour les jeunes diplômés). Quelle est d'après vous la variable d'ajustement ?

- la qualité des matériaux / prothèse implant, pour une part,

- mais surtout le TEMPS passé aux soins (puisque nous sommes dans un système de rémunération à l'acte).

Pensez-vous réellement que soigner plus vite (trop vite) soit le plus économique pour le patient ?

Pour finir sur la partie dentiste libéral, je reviens sur l'affirmation «*avant tout traitement prothétique, mieux vaut donc se renseigner sur les honoraires pratiqués*». D'abord, cette formulation induit un climat de méfiance entre le patient et son praticien, qui pratiquerait a priori des honoraires abusifs. Ensuite, les auteurs omettent ici de dire que les devis sont OBLIGATOIRES pour tout traitement prothétique, quel que soit le mode d'exercice du dentiste, et que le patient ait ou non à faire l'avance des frais. Or, à votre avis, où voit-on le plus de manquement dans l'établissement et la présentation des devis ? Dans les cabinets où les patients paient eux-mêmes, ou dans les centres en tiers-payant ?

* le centre dentaire mutualiste :

- Il permet d'après cet article de bénéficier de soins qui «*reviennent moins chers*», ce qui est aberrant si les soins sont mal faits, si le suivi est médiocre, et si on est dans des cas de surtraitement (une couronne «*gratuite*», si elle est inutile, c'est toujours bien trop cher).

- Sont cités ces «*jeunes diplômés qui débutent*» sans en pointer le corollaire : le gros problème de turn-over de ces structures, dans lesquelles les patients ont bien du mal à être suivis de façon cohérente (une petite réflexion logique : si 90% des dentistes d'un centre ont moins de 5 ans d'exercice... c'est que globalement ils ne restent pas bien longtemps !)

- En outre, on lit à nouveau que ces centres «*pratiquent des tarifs avantageux pour les adhérents de mutuelles*» sans souligner l'illégalité de cette pratique (cf plus haut).

- enfin, le tiers-payant est mis en avant, en omettant que, pour la majorité des patients, avec la télétransmission, les remboursements de la sécurité sociale interviennent dans les 72 heures. Or ça n'est pas neutre : ce tiers-payant est aussi une source de déviances, qui sont ici passées sous silence. Le fait que les patients ne soient souvent même pas informés du montant des honoraires

versés (puisqu'ils ne les avancent pas) fait sauter un ultime verrou de contrôle (on voit ainsi des pratiques délirantes, consistant à faire une radio panoramique et à coter tous les actes déjà réalisés précédemment comme si le dentiste venait de les refaire, ce qui ne se rencontre évidemment pas lorsque les patients paient eux-mêmes).

* le centre dentaire associatif

Les différents problèmes posés par ces structures sont bien cernés. Je me permets de préciser :

- si les centres «*ne sont pas soumis au Code de Déontologie*» (ce qui reste au cœur d'une bataille juridique actuelle), les dentistes qui y exercent, eux, le sont (et sont donc bien souvent en faute).
- il est complexe mais évidemment possible (et souvent impératif au regard des dégâts causés et des sommes en jeu) pour un patient victime de se retourner contre son dentiste en cas de problème. La procédure d'expertise reste la même du côté de la victime. On voit souvent dans ces dossiers des responsabilités partagées entre les différents praticiens qui sont intervenus, mais l'objet est le même : la réparation intégrale du dommage corporel subi.
- on fini - évidemment - sur les «tarifs»... Je cite «*les mauvaises pratiques aboutissent parfois à un excès de soins et une facture plus salée que prévu*». On ne parle pas d'un peintre en bâtiment qui aurait repeint une façade encore en bon état. On parle de dents saines taillées, de négligence de problèmes simples qui continuent à s'aggraver, et de mutilations volontaires. Voilà la réalité que ne traduit pas les termes «*excès de soins*» (ces pratiques n'ont de «soins» que leur vague ressemblance avec les gestes répertoriés dans la nomenclature sécu).

* les urgences hospitalières

Il est inexact de dire que «*en général, les praticiens peuvent recevoir un patient en urgence*». Si vous êtes suivi régulièrement par un dentiste, il a le devoir de traiter votre urgence (parfois par de simples conseils au téléphone, ou en vous adressant ailleurs).

Sont mélangés ici le lieu des urgences hospitalières (qui ne sont pas les seules structure de continuité des soins, sur la plupart du territoire c'est organisé au sein des cabinets ou de maisons médicales) et le motif de consultation urgent. Or le premier vers qui se tourner en cas d'urgence est bien son dentiste traitant.

Il n'y a pas 4 types d'urgence, mais 3 reconnues dans les bonnes pratiques :

- l'urgence douloureuse : une douleur intense et qui ne cède pas aux antalgiques justifie une demande de rdv en urgence. Tout autre type de douleur nécessite une prise de rdv.
- l'urgence infectieuse : si ça gonfle, on contacte sans délai son dentiste (si on ne parvient pas à le joindre, un médecin ou les urgences)
- l'urgence esthétique (à évaluer au cas par cas selon les possibilités du dentiste)

Evidement, en post-opératoire, on contacte le praticien qui a opéré si on observe quoi que ce soit d'anormal ou qui inquiète.

* l'endodontiste

La présence de ce spécialiste au milieu du reste des modes d'exercice est surprenante. Les patients sont adressés par leur dentiste à un endodontiste si nécessaire (comme à d'autres spécialistes en parodontie, chirurgie avancée...). Cela ne relève donc pas du même choix pour le patient que d'aller en centre ou en cabinet libéral...

Il est incohérent d'écrire «*la dent sera mieux désinfectée et mieux conservée, ce qui diminue le risque d'infection donc d'une ré-intervention dentaire*» et «*inconvenients ? le prix*».

En effet il est évidemment toujours moins cher, mais surtout préférable médicalement, de pouvoir conserver sa dent lorsque c'est possible.

La partie remboursée par la sécurité sociale est déconnectée du coût horaire du plateau technique (cela couvre à peine le consommable).

Les mutuelles ne remboursent quasiment jamais rien de ce dépassement.

Domage que ce paragraphe ne rappelle pas qu'une dévitalisation intervient après des années de carie négligée... et est donc tout à fait évitable par un suivi régulier, une éducation thérapeutique efficace, et des soins précoces.

4) Que faire en cas de problème avec mon dentiste ? (p. 29)

Pas mal de flou sur cette question complexe et qui me tient à cœur (après des années d'accompagnement de patients victimes de mauvais soins), difficilement traitable en une demi-page. Je renvoie les personnes concernées à l'article co-écrit avec une avocate, disponible sur mon site, qui retrace le parcours du patient victime.

Je précise ici tout de même :

- le patient ne «*souhaite (pas) obtenir un dédommagement de la part du dentiste*» : il a subi des dommages corporels pour lesquels il demande (et c'est bien légitime) réparation.
- l'expertise amiable n'est pas mentionnée, elle est pourtant toujours à privilégier plutôt qu'un procès
- le rôle du praticien de recours n'est pas mentionné : c'est le dentiste qui accompagne la victime tout au long de la procédure (à commencer par l'état des lieux où il détermine s'il y a ou non matière à poursuivre).
- Il aurait été utile de préciser que «*réunir les preuves*» consiste avant tout à demander communication de l'intégralité de son dossier médical (ce qui est une obligation du dentiste). Bien souvent, les dossiers sont inexistantes ou incomplets, ce qui constitue une première faute.

5) Centres dentaires, pourquoi tant d'abus ? (p. 30)

Heureuse de lire cet article qui cerne bien le problème de cette porte ouverte aux escrocs.

La réponse tient en 3 points, déjà développés :

- absence de contrôle sur l'indication des soins
- absence de contrôle sur la qualité des soins
- structure à but lucratif (qui rémunère aussi des personnes extérieures, non soignantes)

J'aimerais remettre en parallèle deux phrases de cet article :

- «*peu rémunérateurs, les soins conservateurs sont une activité mineure dans ces centres ; ils refusent de pratiquer ce type de soins*» (NB : ce qui est interdit)

- «*les tarifs pratiqués par ces centres peuvent se révéler attractifs*»

Cherchez l'erreur ? Ces centres négligent les soins les plus précoces (donc laissent l'état de santé de leurs patients se détériorer) et parviennent à être moins chers... Une piste pour l'amélioration des pratiques peut être ? A tout le moins, le symptôme que les tarifs imposés pour les soins les plus conservateurs et le plus précoces ne permettent pas l'équilibre financier (ce qui est dramatique, puisque la bonne santé des cabinets dentaires est ainsi liée à l'aggravation des problèmes des patients).

Le paragraphe sur les «*28 jours d'attente*» m'interpelle. D'abord, je ne connais pas les délais des autres médecins spécialistes, à titre personnel j'ai bien souvent beaucoup plus d'attente pour consulter. Ces 28 jours ne posent en outre aucun problème dans le cadre d'un suivi régulier.

«*En cas de douleurs intense*», nous nous retrouvons en situation d'urgence, déjà évoquée. Rappeler ici que ces urgences n'existent pas si l'on est correctement suivi en médecine dentaire préventive aurait été un plus.

Enfin, un travail journalistique de fond m'aurait intéressée : Nous parlons de déserts médicaux, mais sans jamais parler de la part de la population qui a choisi volontairement de vivre dans des zones plus vertes, moins bruyantes, moins stressantes, souvent avec des loyers bien plus abordables et une meilleure qualité de vie. Avec des contreparties assumées (par exemple, des trajets en voitures obligatoires pour faire les courses ou emmener ses enfants à l'école), et d'autres qui semblent toujours mal vécues (services publics et médicaux éloignés). C'est pourtant la réalité de notre pays (réalité qui a des raisons économiques également). La solution pour avoir des praticiens installés de façon durable ne passera jamais par la contrainte. Il aurait été apaisant, je pense, de rappeler aux patients que les soins dentaires ne sont pas une fatalité, qu'une éducation thérapeutique et une hygiène de vie consciencieuse au quotidien leur permet de réduire leurs besoins en soins, donc leur dépendance au maillage territorial des praticiens. En étant sérieux et bien conseillé, on peut ainsi se limiter à un bilan complet annuel, voire à un ou deux rdv de réparation, ce qui peut mériter un peu de trajet.

Sont ensuite listées les «*mesures pour assainir les centres*», malheureusement la seule mesure réellement utile n'est pas encore envisagée : contrôler la qualité de la prise en charge thérapeutique. La mise en oeuvre de moyens suffisants pour bien soigner anéantirait de fait les folies pécuniaires des investisseurs... Et ce n'est certainement pas un contrôle interne («*un dentiste référent responsable de la qualité des soins*» ?) ! Tout dentiste est responsable de ces actes) qui changera la donne.

Côté indemnisation des victimes, sont citées ces «*500 personnes qui ont eu droit à une aide de la sécurité sociale*» (c'est-à-dire à une aide spécifique, parce que toutes les personnes mal soignées continueront à coûter beaucoup à la sécu). Cela aurait pu être l'endroit de souligner à quel point être mal soigné est coûteux. Et au regard de ce que cela coûte à la société (parce que la sécurité sociale, figurez-vous, c'est nous), on s'étonne que les contrôles ne soient pas encore plus efficaces... Et que, à tout le moins, on ne remette pas en urgence l'entente préalable pour tout

soins et prothèse réglé en tiers-payant.

De même, le paragraphe sur les «*formations européennes très légères*» (spoil : en France également la part de pratique clinique dans les études ne cesse de se réduire, divisée par 3 en 20 ans dans la plupart des facs) met le doigt sur un problème qui n'aurait pas lieu d'être avec de vrais contrôles qualité (et des vraies sanctions / remboursements / obligations de formation...)

6) Comment repérer un dentiste peu scrupuleux (p. 35)

Comme je l'écrivais en introduction, je trouve ce genre de propos inquiétants et culpabilisants pour les patients (ce qui est ici sous-entendu, c'est que si vous êtes mal soignés, c'est que vous n'avez pas été vigilant), alors qu'un contrôle externe et compétent est indispensable et actuellement défaillant.

Néanmoins, il est toujours intéressant pour des patients de connaître leurs droits.

Je dirai contrairement à 60 millions que «le non-respect d'UN SEUL de ces points doit mettre la puce à l'oreille».

- pour la radio panoramique, il aurait été utile de préciser qu'elle n'est PAS un examen qui permet de voir les caries ; elle est cependant conseillée en dépistage tous les 5 ans (voire tous les 2 ans en cas d'antécédents de cancer)

- «le recueil» DU CONSENTEMENT (mot manquant, pourtant très important !)

- «*méfiance quand tous les actes sont non remboursables*», j'ajouterais «méfiance aussi quand tous les actes sont totalement remboursés, ce qui écarte de fait de nombreuses choses (traitement parodontal pour commencer... pour une infection qui touche 7 à 8 adultes sur 10)

- le dernier point laisser une impression mensongère. Tout d'abord, le «*simple détartrage*» n'a aucune existence médicale, il est dommage de maintenir les patients dans cette illusion. Un détartrage consiste en l'élimination de tout le tartre, au-dessus et en dessous de la gencive, terminé par un aéropolissage pour polir les surfaces dentaires. Il doit également s'accompagner d'un contrôle et d'explication sur les gestes d'hygiène quotidiens. S'il y a du tartre, c'est que la plaque n'est pas maîtrisée ; un détartrage sans cette éducation thérapeutique est juste du temps perdu, le tartre revient en 15 jours si le patient ne change pas ses gestes. Tout cela peut prendre, selon les situations, de 20 minutes à plus de 2 heures (parodontite). Le tarif imposé par la sécurité sociale (44 euros) ne permet que de prendre quelques minutes (cf coût horaire des cabinets dentaires). Il y aura donc, chez tout praticien rigoureux, un dépassement non pris en charge par la sécurité sociale pour prendre le temps de bien faire ce soin basique mais essentiel.

Ensuite, écrire «*vous venez pour un simple détartrage, une petite carie, et le dentiste vous annonce un énorme chantier : cette disproportion doit vous alerter*», c'est méconnaître une donnée essentielle de la médecine dentaire : la plupart des problèmes sont ignorés par les patients (parce que non douloureux, évoluant lentement...). Donc oui, dans la très grande majorité des cas, le bilan initial met en évidence des problèmes dont les patients n'avaient pas conscience. Il ne s'agit pas de «*s'alerter*» mais de bien se faire expliquer le diagnostic (photos et radios à l'appui) et le plan de traitement proposé (qui est rarement urgent dans ces cas là).

- un autre conseil qui n'est pas donné : en cas de plan de traitement complexe, il peut être utile

de se faire accompagner d'un proche avec qui l'on pourra rediscuter de ce qui a été dit, et de récupérer le maximum d'informations par écrit pour pouvoir y revenir tranquillement une fois à la maison. Dans tous les cas (et la question est avant tout médicale et non financière) prenez le temps de la réflexion avant de commencer des travaux dentaires (même gratuits !).

7) Prothèses et implants, Pourquoi sont-ils si chers ? (p. 36)

Cet article présente de nombreuses redondances avec les précédents, je vais tenter d'éviter cet écueil dans la lecture critique que j'en propose.

D'abord ce titre interpelle car encore une fois on parle de choses «*chères*» sans préciser à quoi on les compare.

Mon vrai questionnement de soignante, de citoyenne, et de contribuable, serait plutôt : Prothèses et implants, pourquoi sont-ils si fréquents ?

Je rappelle qu'on parle ici d'actes extrêmement lourds, tardifs, qui ne sont que le signe de décennies d'échec de prise en charge, et devraient avoir quasiment disparu à l'heure actuelle...

Quand on écrit «*l'état de nos dents nécessite...*», on occulte toute cette part de négligence et de manque de prévention, laissant croire aux lecteurs qu'il y a là une fatalité inévitable.

Je reviens sur les chiffres donnés :

- une personne sur 4 aurait renoncé à un soin
- dont 38% aurait renoncé à des soins prothétiques en raison de leur coût.

On parle donc de finalement 8% des patients, qui renoncent pour des raisons financières à des soins très tardifs. Est-ce que ça semble réellement le cœur du problème ?

Est-ce que l'éducation thérapeutique, la responsabilisation du patient, la juste (donc libre) tarification des soins précoces, et le contrôle rigoureux des traitements réalisés dans les cabinets ne seraient pas des leviers plus puissants pour améliorer la santé de nos concitoyens ?

Les auteurs se gargarisent encore, à nouveau, de l'effet de la réforme 100 % Santé en mettant en avant une augmentation de 500 000 patients à bénéficier d'actes prothétiques (passés de 5,1 à 5,6 millions). Encore une fois, il n'y a que dans une logique comptable que cette explosion de prothèses serait une bonne nouvelle. Derrière ce chiffre, combien de surtraitements ? Combien de traitements mal réalisés ? Combien de couronnes là où un inlay était suffisant, parce que les inlays ne sont pas en «*RAC O*» ?

On lit encore p 37 que «*la réforme semble porter ses fruits [...] en ce qui concerne la hausse du nombre de bénéficiaires de soins prothétiques*», je le dis d'un point de vue de soignante : toute prothèse est un échec.

L'encart sur l'origine des prothèses («*Comment savoir d'où ils viennent?*») est juste, mais omet de dire que l'origine des dispositifs médicaux n'est qu'une (infime) partie du respect des bonnes pratiques (diagnostic correct, bonne indication de soins, bonne réalisation, prise d'empreinte précise, matériaux, ajustage de la couronne, qualité du collage, explications de nettoyage, suivi...) Ainsi, quand les auteurs écrivent plus loin que «*la qualité mécanique est là dans tous les cas*» (je

laisse mes confrères spécialisés en biomatériaux apprécier le fait que tous les alliages et toutes les céramiques sur le même plan), ils occultent que la qualité d'une prothèse dépend aussi de bien d'autres choses que du matériau.

L'article pointe que le reste à charge moyen a diminué entre 2019 et 2021 :

- sans mettre en parallèle l'augmentation des cotisations de mutuelles dans la même période
- sans aucune notion de qualité des soins, ni de l'amélioration ou non de l'état de santé.

Quelle est, alors, l'intérêt de ce chiffre ?

60 millions annoncent ensuite que *«les prothèses françaises»* sont *«nettement plus chères»*, indiquant à aux lecteurs que *«si le lieu de production vous importe, alors vérifiez que le devis le mentionne»*.

Je trouve cela d'une légèreté à la limite de l'inconscience.

- d'abord, travailler avec un laboratoire de proximité est l'assurance de rendre un meilleur service médical au patient. Un prothésiste n'est pas un fournisseur, c'est un collaborateur avec qui nous travaillons étroitement pour parvenir au meilleur résultat pour le patient.

- ensuite, quelle est la qualité de vie des prothésistes du bout du monde, *«3 fois moins chers»* ?

- Peut-on cautionner à l'échelle nationale (c'est le cas avec la prise en charge par la sécurité sociale) des achats dans des pays qui tournent grâce à des usines à charbon, lorsqu'on connaît leur impact sur la situation climatique mondiale ?

- de même, quel est le bilan carbone de la couronne qui viendra par avion depuis l'Asie ?

Je suis sidérée de ne trouver aucune considération écologique dans ces 99 pages de dossier, comme si la consommation des individus (qui est au centre du travail de 60 millions), en santé comme ailleurs, n'avait aucun lien avec les enjeux environnementaux auxquels nous sommes confrontés.

- enfin, pour prendre un peu de recul, j'aurai aimé que soit posée clairement la question : Si l'on plafonne les prothèses à des tarifs qui incitent les dentistes à choisir des laboratoires en fonction de leurs tarifs, cela ne pose aucun problème ? Quelles autres concessions devront-ils faire avant que cela alerte les patients, les autorités ?

Page 38 un paragraphe intéressant : oui, le prix facturé pour un acte prothétique comprend bien d'autre chose que le prix d'achat de la prothèse (vouloir à tout prix le faire mentionner dans les devis c'est à peu près aussi absurde que de demander à un plombier le prix du tuyau qu'il utilise). Et les auteurs mettent enfin le doigt sur le point essentiel : le TEMPS de travail. Ainsi donc, comparer des devis en soi n'apporte aucune information. Il convient de les rapprocher des durées prévues de rdv pour pouvoir réellement voir qui est le *«moins cher»*. Informer les patients de cela, leur faire prendre conscience que bien souvent les *«moins chers»* sont ceux qui ont un taux horaire bien supérieur (par exemple, comparez un implant de 500 euros posé en 15 minutes, versus un implant de 1000 euros qui nécessite 1H30 de cabinet entre l'analyse pré-opératoire, l'intervention, et le contrôle post-opératoire. Qui est le moins cher ?), voilà qui aurait été salutaire.

60 millions incite (à de multiples reprises) à *«comparer les devis»*, salue le CHU de Bordeaux parce qu'il *«met tous ses tarifs sur internet»*, mais oublie de dire qu'il est impératif de comparer le temps de travail proposé. Parce qu'évidemment, on ne sera pas soigné de la même façon si un

dentiste consacre 10 min ou 1h au même problème (à commencer par le bilan initial...).

On lit plus loin «*Le marché actuel est dominé par les implants en titane*» : je tempère. Il ne s'agit pas d'un effet de mode, qui «dominerait un marché». L'evidence-based de la littérature internationale depuis 40 ans reconnaît aujourd'hui l'implant en titane comme le plus prédictible. (j'aimerais connaître la part des lecteurs intéressés par les subtilités l'alliages de titane... il y a pourtant bien d'autres choses à dire dans ce domaine !)

Le choix des marques de fournisseurs d'implants qui sont citée n'engage que les auteurs (je laisse un peu de travail aux instances de régulation de la concurrence et de la publicité). Les critères de sélection ne sont pas précisés, ni la part de marché que les marques représentent. On regrettera quand même l'omission d'une marque française des plus sérieuses (Global D) au profit de marques internationale moins reconnues (Envista ?)... Et ce d'autant plus dans un institut publique.

Les auteurs semblent par contre se lamenter de ne pas «*trouver le prix des pièces*», je vois mal l'intérêt de la chose. Qui connaît le prix d'achat d'une prothèse de hanche ? Les dentistes qui posent des implants ne sont pas des revendeurs de vis, ces calculs de quincaillier sont absurdes.

On lit ensuite que «*le critère de choix privilégié était, pour 54% des dentistes, le fait que la fiabilité de ces implants ait été démontrée*». Là je tousse un peu... Utiliser (c'est-à-dire, je le rappelle, implanter dans l'os de quelqu'un, a priori pour toute sa vie) des implants «*dont la fiabilité a été démontrée*» est une obligation déontologique et correspond à l'obligation de moyen citée plus haut. Pour rappel, même si le problème vient de l'implant, la responsabilité du dentiste est en jeu s'il y a des complications sur un implant qui n'a pas de littérature suffisante. Qui sont donc ces autres 46% de dentistes qui choisissent leurs implants autrement que sur ce critère ? Tiens tiens, ça ne pourrait pas être ceux qui tirent leurs prix au maximum vers le bas ? Voilà qui aurait été pertinent comme information.

D'après 60 millions, «*il faudrait rembourser un, voire plusieurs implants*». D'après moi, il faudrait éviter les implants. Les journalistes de ce hors-série semblent être dans une course à la consommation de soins qui est totalement inconsciente.

Ils poursuivent par «*autant dire que mieux vaut bénéficier d'une complémentaire santé proposant un bon forfait de remboursement pour un implant*» en reconnaissant tout de même que «c'est également coûteux» (je les laisse démontrer leurs calculs, pour moi cela n'a rien d'évident comme choix) : leur stratégie consiste donc à payer des mensualités (à vie) plutôt qu'un dentiste (si besoin) ?... Là encore, je trouve désolant qu'ils ne parlent jamais de la seule vraie voie d'économie : la prévention.

8) Orthodontie : des soins utiles, mais coûteux (p. 40)

Ici encore, l'ordre des mots m'interpelle. J'aurai préféré lire «*des soins coûteux* (ce que tout le monde sait), *mais utiles*». Question de détail sans doute...

Mais à quoi comparer le prix d'un traitement orthodontique ? Quand on sait les impacts multiples qu'une mauvaise occlusion peut avoir durant toute la vie, il est bien compliqué de

discerner si cela est «cher»...

Il est rappelé que «*les tarifs dépassent souvent la base de remboursement*». Cela n'entraîne pourtant chez les auteurs aucune réflexion. Pourquoi diantre les orthodontistes refusent-ils de se limiter aux honoraires prévus par la sécurité sociale ?! Sans doute l'appât du gain ? Qui serait donc unanime dans cette profession ?

60 millions parle de «*faire jouer la concurrence*» (elle n'existe pas dans le domaine de la santé, nous avons l'interdiction d'exercer notre métier comme un commerce, cette formulation est trompeuse et diffamatoire) notamment en envisageant les centres hospitaliers. Il aurait été utile de rappeler que ce sont des étudiants (en formation d'orthodontie donc) qui vous prennent en charge. Et que la qualité d'un traitement orthodontique n'est pas la même partout.

Les informations médicales données sont incomplètes :

- «*la pose d'un appareil permet de stimuler la croissance du maxillaire*» ET DE LA MANDIBULE. Trop d'orthodontistes ne traitent par cette technique que la mâchoire du haut, attention il est nécessaire de prendre également en charge la mâchoire du bas.

- les fonctions perturbées par le manque de croissance sont justes, mais il manque la RESPIRATION +++ (essentielle dans les questions ORL, concentration, croissance, comportement, sommeil...)

- on passe hélas très rapidement sur une information capitale : dès 3 ans, si un enfant respire par la bouche ou ronfle, il faut faire un bilan chez un orthodontiste fonctionnel. Accompagner la croissance est bien plus facile si les problèmes sont identifiés tôt (et certainement pas après la chute des dents de lait, comme trop d'orthodontistes le disent encore)

- la «*qualité du résultat*» dépend évidemment grandement du praticien (ce qui devrait faire l'objet d'un contrôle externe tout comme les soins dentaires) mais également de l'âge de prise en charge, et de la compliance du patient (port des appareils, rééducation de la langue...)

- les «*gouttières*» dont il est question (et qui font effectivement l'objet de «publicité», ce qui devrait alerter les patients) n'ont pas les mêmes indications que les bagues ou les appareils. La présentation qui en est faite laisse à penser que le patient aura le choix entre ces techniques, or c'est rarement le cas : l'orthodontiste lui présentera les outils adaptés à sa situation. Ces gouttières posent en outre de gros problèmes actuellement, car elles sont de plus en plus mises en oeuvre par des dentistes qui n'ont aucune formation sérieuse en orthodontie (une demi-journée de visio par l'entreprise qui fournit les gouttières «suffit»...)

- les «*contentions*» sont en soi des compromis ou des aveux d'échec : si l'on ne parvient pas à mettre l'occlusion en équilibre avec les forces musculaires en présence, on est obligés de «fixer» les dents pour éviter les récives. Ca n'est ni neutre pour la santé, ni anodin sur le résultat du traitement. C'est le plus souvent le signe que le cadre musculo-squelettique n'a pas été maîtrisé. Les auteurs parlent d'ailleurs de ce problème de récive dans l'encart «*et pour les adultes*» : c'est hélas fréquent.

- «*une dent extraite et non remplacée sur une longue période*» peut entraîner des malpositions : non, quelques mois peuvent suffire pour observer des migrations (dents adjacentes ou antagonistes), les mouvements les plus importants se font même dans les 6 premiers mois après la perte d'une dent. C'est pourquoi il est essentiel de prévoir d'emblée le remplacement de la

dent, ou a minima le maintien des autres dents à leur place (par gouttières de contentions ou autre)

- *«l'orthodontie chez l'adulte procède souvent de raisons esthétiques»*, dit la légende d'une photo p 43. Ça n'est pas ce que je constate au quotidien en cabinet. Si la demande esthétique existe, ce sont bien souvent les tensions musculaires (bruxisme) ou les problèmes respiratoires mis en lumière suite à un bilan qui me font orienter les patients vers un orthodontiste fonctionnel. Ce genre d'assertion entretient les lecteurs dans une injonction sociale de «sourire bien aligné» qui n'a pas de raison d'être, ainsi que dans l'idée que, si l'on est satisfait de son sourire, on peut se passer d'orthodontie, alors que l'indication est d'abord fonctionnelle.

- L'orthodontie préalable à une intervention chirurgicale est évoquée : il aurait été bénéfique de préciser que même à l'âge adulte, l'orthodontie fonctionnelle permet dans de nombreux cas d'éviter ces chirurgies particulièrement éprouvantes.

Côté financier :

- *«le montant maximum pris en charge est de 193,5 euros. Il est inchangé depuis 1981»* (soit depuis 41 ans : Qui connaît vous quelque chose dont le prix soit fixe depuis 41 ans ?). Voilà qui aurait été intéressant à mettre en parallèle avec votre propos sur les *«tarifs qui dépassent les bases de remboursement»*.

- *«les mutuelles d'entreprise remboursent mieux»* - et coûtent combien ?

- *«il peut être intéressant de comparer plusieurs devis»* : pas sûr. Mais il peut être intéressant de comparer plusieurs traitements, tant les approches divergent en orthodontie.

- *«l'annuaire ameli [...] ; pratique, ce dernier permet aussi de comparer les tarifs des praticiens»* : sans aucune information sur leur travail et ce qu'ils vous proposent, donc... Les auteurs restent finalement (et entretiennent leurs lecteurs) dans la même fausse croyance que celle que qu'ils ont face aux prothèses : toutes les prothèses se valent, tous les traitements ortho se valent. C'est faux (et cela restera faux tant qu'il n'y aura pas de réel contrôle qualité des pratiques) et vraiment dangereux comme guide pour les patients.

«En pratique, commencez par consulter l'annuaire» me semble déconnecté de ce que doit être une prise en charge sérieuse. En pratique, consultez votre chirurgien-dentiste, qui vous orientera vers l'orthodontiste avec lequel il travaille et en qui il a confiance ! (d'autant plus qu'un bilan cario et paro est nécessaire avant tout traitement ortho)

Il aurait également été souhaitable - puisque 60 millions s'est assigné la mission d'informer sur comment *«prévenir et soigner»* - de rappeler qu'un suivi dentaire régulier doit se poursuivre durant tout le traitement orthodontique (au moins une fois par an), l'un ne remplaçant pas l'autre.

9) Soins à l'étranger - passeport pour les risques

Ici je dois dire qu'avant même la dentiste, c'est la contribuable en moi qui a été interpellée... L'INC est un établissement public, financé par nos impôts. Or, malgré ce titre, cet article offre une véritable publicité à ce qui constitue des pratiques déviantes, qui reviennent (en plus

d'esquinter nos concitoyens) extrêmement cher à notre système de santé. Lorsque je lis «*Bien préparer son projet*» ou «*le top 5 des destinations du tourisme dentaire*», avec la «*Roumanie*» où «*on peut obtenir des tarifs défiant toute concurrence : jusqu'à 70% moins chers qu'en France*», je me demande qui finance réellement 60 millions, et quel but ils poursuivent ??

De quoi parlons-nous ?

- de non respect des bonnes pratiques : ça n'est pas au patient d'être ou non «*pas trop regardant sur la qualité*» (je cite l'article), c'est au praticien de respecter les données acquises de la science et son obligation de moyens. Il s'agit ici d'une question de santé publique. Financièrement, on le sait, les coûts sur le long terme seront toujours incomparablement plus bas avec une prise en charge initiale de qualité.

- de pratiques illégales : les «*agences qui s'occupent d'organiser le séjour, ainsi que le parcours de soins de A à Z*» s'assoient allègrement sur le Code de la Santé Publique (interdiction d'arrangement et de partage d'honoraires, libre-choix du praticien par le patient, consentement éclairé...). De même, les «*partenariats*» avec les cliniques sont des fraudes.

- l'article incite à «*prendre quelques précautions pour éviter les déconvenues*», et parle «*d'éventuels pépins*». J'invite les auteurs à rencontrer les patients qui sont dans des parcours de reconstructions dramatiques, ils sauront apprécier ces termes.

- L'article reconnaît que «*la France figure parmi les pays les moins chers pour les soins dentaires courants*» : n'y a-t-il pas matière à creuser ? à chercher le lien avec les dérives que nous observons sur l'explosion des prothèses ? Je les laisse enquêter...

60 millions invite ses lecteurs à «*organiser le suivi médical au retour en France pour s'assurer de la continuité du traitement*». Et je pose la question : comment faire ? Et au nom de quoi ? Pourquoi faire peser sur des dentistes français le suivi et la maintenance (non remboursées, qui ne correspondent à aucun acte de nomenclature sécu) d'actes réalisés ailleurs ? Et quand les soins ont été mal faits, que faire ? Est-ce à la solidarité nationale de prendre en charge la réparation pour des actes que la société n'a pu contrôler ? et sur lesquels il est extrêmement difficile de demander des comptes aux praticiens responsables ?

Il me semble impossible d'écrire «*le suivi postopératoire peut poser problème*». Le suivi postopératoire est tout simplement inexistant. Cela pose forcément un problème au patient, tôt ou tard. Nous ne sommes pas des réparateurs, nous ne faisons pas des travaux ponctuellement. Nous sommes des soignants qui accompagnons nos patients, tout au long de leur vie, sur le chemin de la santé (pour la retrouver, et surtout pour la garder).

Une bien belle visibilité est offerte à la plateforme Eurodentaire (ils doivent être contents) qui «*prévoit même le chauffeur qui attend le patient à l'aéroport et le conduit à son hôtel !*». C'est merveilleux. Et cela vaut bien de se passer d'un bilan initial complet et de soins justifiés et sécurisés. Non ?!

Je trouve assez dérangeant qu'un établissement public puisse ainsi, sur la même page, inciter des lecteurs à «*tenter le coup*» (on a quand même ce «*top 5 des destinations*»... bien sûr il n'y est jamais question de qualité mais on a les comparaisons de tarifs, c'est chouette non ?), tout en écrivant sur une petite ligne «*aux risques et périls du patient*».

Oui. Au risque de subir de gros délabrements de santé, d'entrer dans un parcours de soins de

réparation éprouvant, de n'avoir toujours pas été informé (donc pas accompagné vers le changement) sur les comportements qui ont amené à avoir besoin de ces soins.

Et pour la sécu, au risque (certain) d'y perdre beaucoup d'argent.

Les auteurs semblent navrés que les dentistes français rechignent à assurer la suite de ces cas (toujours foireux)... Bien sûr, il y a cette question de responsabilité engagée (sur des terrains minés, toujours bien plus compliqués à rattraper que lorsqu'on conduit bien un traitement initial). Mais il y a aussi le simple fait que beaucoup de dentistes sont déjà bien occupés à soigner leurs patients, sans avoir la possibilité (ni l'envie) de se mettre sur les bras des situations inextricables. Comment allez-vous expliquer à des patients qui sont suivis régulièrement par leur dentiste que celui-ci va leur proposer des délais rallongés de deux mois parce qu'il faut qu'il passe X heures à rattraper les mauvais soins d'un patient parti au bout de l'Europe faire n'importe quoi (avec la bénédiction de 60M de consommateurs et de la Sécu) ?

L'illustration de la page 46 est éloquente, on y voit un patient avec une valise, se tenir la joue en signe de grande douleur. Je ne sais pas si il s'apprête à partir se faire soigner (60 millions conseille vraiment la Roumanie pour les urgences douloureuses ?!) ou s'il revient de ses soi-disant «soins» (et dans ce cas comment sera-t-il pris en charge en post-opératoire puisqu'il est manifestement encore en convalescence ?) mais je sais que la solution réelle, pérenne, et fiable, à ses problèmes ne sera jamais à 3000 km de chez lui.

La page «des recours compliqués en cas de problème» comporte des imprécisions à limite de l'erreur :

- «vous renseigner sur le fait qu'un conseil de l'ordre soit présent dans le pays» n'est en rien l'assurance que la qualité des soins y soit contrôlée (pas plus qu'en France)

- «réclamez un devis détaillant précisément les soins prévus» : ce devis est une obligation de tout dentiste (en France comme à l'étranger), il n'y a pas lieu d'utiliser le terme «réclamer»

- «demandez les marques» : je me demande bien quelle lisibilité aura la marque d'un implant pour les patients (qu'est-il censé faire de cette information ? Regarder les avis google ? pour lire des choses telles que «on m'a posé des implants Merdouille, je suis ravi, tout était super bien organisé, on est même venu me chercher à l'aéroport. Je recommande !»). Là aussi, c'est un manquement des contrôles qualité qui ne peut reposer sur les épaules du patient.

- «réalisez en préventif un maximum d'examen en France, radio des dents...» : Comment arriver à des indications de soins sans ces examens ? Le bilan pré-opératoire est de toute façon indispensable, quel que soit le pays où on est soigné. Il faut que les patients récupèrent leur dossier c'est tout.

- «une bonne raison de choisir la France, qui protège mieux les victimes de soins médicaux» ? Hum, je dirai que c'est avant tout pour être mieux soigné, et réellement pris en charge dans sa globalité médicale ?...

- l'Oniam, qui est citée, n'intervient quasiment jamais en dentaire (question de plafond de dommages corporels).

Pour finir sur cette partie consacrée au «tourisme dentaire», comme le nomme si attractivement les gens qui ont des choses à vendre, j'aimerais faire un parallèle avec les zones sous-dotées et

déserts médicaux. D'autres pages parlent de la difficulté à se faire soigner à côté de chez soi. C'est vrai dans de nombreux coins de notre pays. 60 millions peut inciter des patients, pour des raisons pécuniaires (erronées car basées sur des calculs ne tenant pas compte de l'indication et de la qualité des soins), à faire de grands déplacements. Il pourrait être préférable de leur rappeler que, oui, une fois par an (ou quelques fois par an si des soins sont à faire), il peut être nécessaire de faire 50, 100, 200 km pour aller consulter un praticien compétent et conserver ses dents en bon état. Ca c'est un bon «calcul», un investissement rentable financièrement et médicalement. De nombreux dentistes savent parfaitement travailler avec des patients qui habitent loin (avec des soins regroupés sur des séances plus longues par exemple, pour ne pas faire venir des gens pour des «petits rdv d'un quart d'heure» où finalement on ne fait rien, et en communiquant par mail ou par téléphone pour gérer à distance de qui peut l'être en terme d'éducation thérapeutique et de suivi post-opératoire).

II. MISER SUR LES BONS PRODUITS

1) Brossage des dents : électrique ou manuel ?

Je dirai avant tout que c'est le boulot des dentistes que d'apprendre aux patients à se brosser les dents, et de les accompagner jusqu'à la maîtrise des bons gestes. Et je devance la question des tarifs qui est si présente dans les pages de 60 millions : Non, il n'y a pas de remboursement de la sécu pour l'éducation thérapeutique.

Si cet apprentissage pouvait passer par un petit article dans un journal, vous pensez bien qu'on n'en serait pas à compter les prothèses par millions...

On lit ici «à en croire les spécialistes, bien se brosser les dents permet d'éviter 100% des caries». Euh... Oui ? Plutôt que de choisir de «croire» ou ne pas «croire» les spécialistes, il aurait été utile de rappeler le mécanisme de formation des caries : sans bactérie, pas de carie.

Pour le reste :

- il est précisé que les poils durs abîment l'émail, attention les poils médiums aussi. Les poils souples sont les seuls à ne pas faire de dégâts, et sont suffisants pour éliminer la plaque.
- On flirte avec la publi-information lorsqu'on lit les mérites de gyroscope des brosses Oral B (quelle est la littérature sur ce produit, qui pouverait que c'est autre chose qu'un gadget inutile ?), son « mode blancheur » (quels effets ? quels dangers ?) ou sa «tête ronde et de petite taille» (Philipps a peut-être été moins généreux avec 60 millions, mais leurs têtes sont moins encombrantes en bouche et n'ont pas de problème de moisissure interne).
- Les durées de brossage ne servent à rien, elles ne sont en rien le gage d'un brossage efficace. Les «2 minutes» de la bonne conscience n'ont jamais amélioré l'élimination de la plaque.
- contrairement à ce qu'on lit ici, les brosses électriques sont particulièrement recommandées chez les jeunes enfants, car elles sont moins encombrantes que les manuelles (qui ont besoin d'un mouvement de va-et-vient vers l'arrière de la bouche pour brosser les dernières dents)

- l'aide des parents ne s'arrête pas à 7 ans. Le révélateur de plaque est utile au quotidien jusqu'à la fin de la mise en place des dents définitives
- attention aux illustrations : dans l'encart du «*lavage de dents*», on voit une dentiste en train d'éliminer du tartre avec un instrument ; le dessin de dentifrice est trop abondant (une trace suffit) ; le schéma sur le fil dentaire est faux (et montre un geste dangereux).
- les conseils sur le brossage de la langue en cas d'enduit blanchâtre constitue de l'automédication et peut amener un retard de diagnostic.

La seule information réellement utile de cette page 53 aurait méritée d'être en gras : «*le brossage seul ne suffit pas*». Fil ou brosette, l'indication et le geste (et le choix des outils) sont à apprendre et à vérifier avec votre chirurgien dentiste.

2) Des ingrédients qui font tache

Merci pour ces alertes judicieuses, mais incomplètes. Sont aussi préoccupants sur le plan sanitaire :

- les sels d'aluminium
- le propylène glycol
- la saccharine
- certains colorants
- la maltodextrine
- le fluor, dans certains cas. Il pose des problèmes de corrosions sur les métaux (implants...) et est en cours d'étude pour ses effets lors de la grossesse.

Rappeler des choses essentielles :

- une trace suffit
- l'effet moussant (du au SLS) ne sert à rien (le SLS provoque des aphtes et est irritant)
- plus généralement, un dentifrice n'apporte pas grand chose d'autre qu'un effet lubrifiant.

Je me demande ce qui a justifié la phrase «*les dentifrices formulés en laboratoire restent donc la meilleure des solutions*», après avoir pointé du doigt UNE seule recette maison... Il y a de nombreuses recettes de dentifrices maison, il est tout à fait possible d'en trouver des inoffensives (et c'est plus facile que d'éplucher des kilomètres d'étiquettes).

Je regrette d'ailleurs ce manque d'information sur les recettes maison. Ca n'est pas assez «consommateur» pour 60 millions sans doute. Mais c'est eux qui ont choisi de faire un numéro sur la santé...

Le comparatif n'engage que les auteurs. Je note cependant que :

- tous les produits choisis sont des produits industriels, contenus dans des emballages plastiques, sans que cela ne semble un sujet en soit (Il serait peut être temps que 60 millions ouvre les yeux sur les déchets liés à la consommation, et explorer de nouvelles façon de «consommer» ?...).
- sont notés «à privilégier» des produits abrasifs (carrefour soft bio) et susceptibles de dérégler la flore commensale (elgidium à la chlorhexidine)
- Une alerte sur les fausses promesses des industriels aurait eu toute sa place ici («combat la

mauvaise haleine», «dents plus blanches dès 7 jours», «traitement des saignements de gencives»...). L'halitose et les saignements de gencive sont des signes qui doivent conduire à consulter. Publier les «promesses» de ces produits sans informer sur cela, c'est encourager l'auto-médication et faire prendre aux patients un risque de retard de diagnostic.

3) Faut-il céder à la mode des dentifrices sans Fluor ?

La façon même dont les titres sont formulés nous rappelle qu'on ne s'improvise pas journaliste scientifique et médical !...

Non, il ne faut pas «céder à la mode». Il faut regarder des études validées :

- sur les intérêts du Fluor
- sur ses dangers

Et faire pour chaque patient la balance bénéfice-risque - c'est le métier du dentiste.

Un travail de vulgarisation sur ce type d'études aurait été intéressant.

De même que rappeler que, si un dentifrice particulier est nécessaire, c'est le dentiste qui le prescrira.

Sur cette page sur le Fluor, il aurait également été salutaire de rappeler que, Fluor ou pas, «*il vous faudra adopter une hygiène dentaire irréprochable*». Un dentifrice au fluor ne compense PAS un mauvais brossage.

4) Produits de blanchiment : Ils ne font pas du tout sourire

Merci pour cet alerte nécessaire.

Nous parlons d'un problème de santé public. Je trouve par conséquent assez choquant de lire «*résultats, les dentistes voient rouge*» :

Cet article pointe (à fort juste titre) des «*dangers*», des «*arnaques*», des produits «*bien au-dessus des normes légales*», «*d'hypersensibilité dentaire*», «*de risque d'aggraver une pathologie existante non diagnostiquée*», de «*perte de vitalité*» de dents, «*d'augmentation de l'inflammation gingivale*», «*d'abîmer l'émail*», d'utilisation «*d'acide phosphorique*» (qui déminéralise l'émail), de «*brûlure*» douloureuse des gencives, de «*gencives rétractées*», «*d'inutilité totale*» (produit 60 fois moins concentrés dans les bars à sourire qu'en cabinet...), «*d'aucun effet durable*», de «*risque médicaux*», et de «*résultats décevants*»...

Donc, non, ce ne sont pas les «dentistes qui voient rouge»... Les dentistes ont largement assez de boulot avec les vrais problèmes de santé (beaucoup ne font quasiment jamais de blanchiment d'ailleurs). Mais les patients sont en danger, a minima d'être escroqués, le plus souvent être esquinés.

Malgré toutes ces (légitimes) alertes, 60 millions trouvent tout de même pertinent de comparer les tarifs en cabinet de ceux des bars à sourire ! Nous avons donc une comparaison entre un produit normé utilisé par un praticien médical, comparé à des pratiques toujours inefficaces, et souvent risquées ?... Comment est-on censés utiliser cette information ?

La seule information à faire passer à mon sens, c'est que si un patient est mal à l'aise avec la teinte de ses dents (en rappelant que les «dents lavabo» n'existent pas dans la nature, qu'il n'y a pas d'injonction à supporter pour avoir un sourire blanc, et que d'autres éléments que la teinte peuvent rentrer en jeu, comme la position des dents et donc la façon dont elles prennent la lumière...), c'est à son dentiste qu'il faut en parler. Et ne surtout pas mettre n'importe quoi dans sa bouche.

Malgré cette partie tout à fait claire (!) et édifiante, 60 millions a fait le choix de réaliser un comparatif de produits de blanchiment. Sans surprise, ils n'ont (heureusement) trouvé aucun produit «à privilégier»...

(NB ils ont fait appel à un «*spécialiste des techniques d'éclaircissement*», je précise que cela ne fait pas partie des spécialités reconnues par le Conseil de l'Ordre).

60 millions trouve tout de même pertinent de classer en «pourquoi pas» des produits :

- dont «*l'action est proche de zéro*» (Diamondsmile)
- qui «*ne sert à rien*» et «*en aucun cas n'éclaircie les dents*» (Mayeac)
- qui sont «*risquées*», «*potentiellement délétères pour la flore intestinale*», et «*possiblement irritant*» (Listérine).
- dont «*on ne sait pas comment ça évolue dans le temps*» (Lumia)

Cela devrait suffire aux lecteurs pour répondre à la question de «*pourquoi pas ?*»...

Attention, même les produits qui ne sont «que» inutiles ne sont pas neutres pour autant. Ils représentent des dépenses financières, des dépenses d'énergie, et des déchets bien réels.

Pour les autres produits, qui sont (ouf !) tout de même classés comme «à éviter», je précise :

- que le bicarbonate est à utiliser sur avis médical uniquement, dans des cas particuliers (parodontite). Là encourage, l'article encourage une auto-médication dangereuse.
- que si les «gouttières standards» sont dangereuses (débordements de produits), seul un dentiste est habilité à vous faire des empreintes pour réaliser des gouttières sur mesure.

5) Soins bucco-dentaires : à se mettre sous la dent... ou pas ! (p. 66)

Je cite l'article, qui lui même cite une spécialiste qui «*suggère, avec un brin d'ironie, une bonne visite chez le dentiste pour résoudre les problèmes de dents tachées, de mauvaise haleine, ou de tartre incrusté*». Je pense que les auteurs ont mal interprété l'ironie de ma consœur. Ces «désagrèments», comme ils les nomment, sont les symptômes qui signalent et entraînent des problèmes de santé.

Suit un comparatif sur les «brosses technologiques» :

- qui fait encore la part belle à Oral B - dommage de n'avoir proposé aucun comparatif avec leur principal concurrent (Philipps)
- qui présente, sur 6 produits, 3 brosses très particulières réservées aux situations de handicap. Je suis heureuse de la place faites ainsi à ces personnes à besoins spécifiques. Mais il aurait été plus simple d'écrire qu'en situation de handicap, le dentiste cherchera avec vous l'outil le plus adapté.

- qui présente la brosse en U pour enfants, qui serait peut être un «*mieux que rien*» pour une initiation au brossage... très discutable, totalement insuffisant même pour les plus jeunes (brossage efficace à reprendre par un adulte), et certainement pas jusqu'à 12 ans.

L'outil importe de toute façon au moins autant que le geste. On aurait pu éviter ce comparatif en indiquant simplement que l'efficacité du brossage est à vérifier avec du révélateur de plaque. Chacun peut ainsi trouver la brosse avec lequel il se sent le plus à l'aise tout en éliminant toute la plaque dentaire (et apprendre les gestes - et en vérifier l'innocuité - avec son dentiste).

Le comparatif des «*produits inter-dentaires*»

- met en avant - étonnement - le fil mentholé d'Elmex ; d'abord il est bien difficile d'affirmer la supériorité d'un fil dentaire par rapport à un autre, mais en plus 60 millions arrive à mettre en avant un des rares qui porte un additif controversé (menthol). Curieux choix ! N'aurait-il pas été plus honnête d'affirmer :

1/ Le fil dentaire est indispensable ;

2/ Le menthol ne sert à rien (et présente des risques) ;

3/ le geste de passage du fil doit être appris avec votre dentiste (histoire d'être efficace sans faire du steak haché) ?

- fait également la promotion des brossettes interdentaire Ricqles (où commence le comparatif, ou s'arrête la publi-information ?...) : d'abord il existe des marques bien plus résistantes (donc plus économiques, puisque je sais que cette question tient à cœur à 60 millions) et efficaces (Tepe et Curaprox par exemple), mais en plus il s'agit encore de produit mentholé... (zéro intérêt, mais pas zéro risque).

- classe les hydropulseurs (dont - encore - celui de Ricqles, ils vont les adorer !) en «*pourquoi pas ?*» alors que l'experte citée explique que fil et brossettes auront le même effet... Ce gadget coûteux n'apporte rien d'un point de vue santé, comment justifier de le classer dans cette catégorie ? une catégorie «*cher, inutile, polluant, mais pas trop trop dangereux*» est peut-être à créer ?

Sur ces produits, il aurait été plus juste d'écrire «si votre dextérité diminue, ou si vos prothèses sont particulièrement difficiles à nettoyer, votre dentiste vous prescrira peut-être un hydropulseur en complément du brossage. Hors de ces indications spécifiques, il n'apporte rien.».

- concernant le spray buccotherme contenant de «*l'eau sous pression*», les auteurs auraient pu souligner l'aberration écologique que représente ce déchet en devenir.

- le spray fraîcheur Signal est écarté, si je comprends bien, car l'antiseptique est à très faible concentration. Il aurait été utile de rappeler qu'il est inutile et dangereux (pour la flore commensale, c'est à dire normale) de se désinfecter la bouche.

- les chewing-gums Elgydium trouvent suffisamment grâce aux yeux de 60 millions pour entrer dans les «*pourquoi pas ?*», alors qu'ils sont (je cite) «*bourrés d'additifs : édulcorants, colorants*».

En outre, ce sont des produits industriels et polluants. Cela devrait achever de répondre à la question «pourquoi pas ?». On aurait pu par contre rappeler que boire un verre d'eau, finir son repas par un aliment non collant (par exemple une pomme) constitue déjà un atout pour l'élimination de la plaque. Et préciser qu'en cas de problème de salivation, d'impression de bouche sèche, il faut consulter.

- Le comparatif aurait gagné en lisibilité - et économisé bien du temps de recherches - en annonçant d'emblée que TOUS les bains de bouche sont, au long court, au mieux, inutiles, et le plus souvent, nocifs : Il ne faut PAS en faire sans avis médical. Ces produits ne sont indiqués dans de rares situations cliniques.

- les auteurs sont ensuite allés chercher des «compléments», «*complexe nutritionnel*», «*sticks santé bucco-dentaire*» et autres «*soins sos propolis*», c'est bien courageux de leur part mais totalement inutile. Rappeler ce qui est nécessaire pour la santé bucco-dentaire (alimentation saine et élimination efficace de la plaque dentaire par un brossage ET un nettoyage interdentaire - fil et/ ou brossettes), confirmer que tout le reste est inutile voire dangereux, voilà qui aurait suffi à informer leurs lecteurs et à leur éviter bien des déboires et dépenses. Et rappeler également que les besoins particuliers entraînent des prescriptions particulières, mais que sans avis médical, on ne fait rien d'autre que se laver les dents !

III. PRENDRE SOIN DE SON CAPITAL

Que voilà une partie prometteuse de santé (et d'économies bien sûr, je n'oublie pas le mantra de 60 millions).

Je retrouve presque espoir dans leur mission d'information sanitaire.

1) De 4 mois à 12 ans : dents de lait et bons réflexes (p74)

- 4 mois : argh. Comme écrit plus loin, «*ça commence bien avant la naissance*».

Donc non, on n'attend pas 4 mois, mais c'est bien dès la grossesse que la santé des enfants se prépare (en dentaire comme pour le reste d'ailleurs). On ne parle pas ici du rdv proposé aux futures mamans au 4e mois de grossesse (il est mentionné dans la partie sur les caries sévères du jeune enfant), or c'est précisément ce moment (et non cette «visite avant 1 an», qui risque de laisser bon nombre de praticiens un peu désarçonnés) qui est à mon sens «le moment idéal pour délivrer des conseils de prévention», notamment pour parler de l'alimentation et des soins du futur bébé (qui, à ce stade, ne perturbe pas trop le calme de la consultation !)

- Non, les rdv MTDENTS ne sont pas «*gratuits*» comme il est écrit : ils sont intégralement pris en charge par la sécurité sociale (si 60 millions ne voit aucune différence entre ces deux notions, je leur conseille de faire un dossier «spécial sécu»).

- Les auteurs écrivent que lors de ces rdv «*le dentiste vérifie le bon état des dents et prodigue aussi des conseils adaptés à l'âge du patient*»... C'est en effet ce qui est souhaité par le programme, évidemment. Mais avec des honoraires à 30 euros, il ne faut pas non plus espérer que les praticiens aient plus de quelques minutes à vous consacrer...

- puisqu'on parle d'allaitement, ça aurait été l'endroit idoine pour préciser que cette alimentation est moins cariogène que le biberon (de par le type de succion et la nature du lait)

- il est trompeur de dire que l'enfant doit être supervisé par un adulte pour le nettoyage de ses dents car il «*risque de bâcler la tâche*». Le brossage et le nettoyage interdentaires sont des gestes techniques, que bien des adultes ne maîtrisent pas. Même les enfants les plus consciencieux ont besoin d'aide, et jusqu'à tard, sans pour autant «bâcler».

- je précise le paragraphe sur les MIH («*taches sur l'émail*») : les soupçons se portent actuellement sur les perturbateurs endocriniens. Une revue de littérature aurait pu être utilement vulgarisée ici sur cette question préoccupante.

- «l'orthodontie peut être nécessaire plus tard»... ah la la. C'est consternant de passer à côté de l'occasion de délivrer enfin un message si essentiel à la santé de nos concitoyens ! Non, non, non, mille fois non, l'orthodontie NE DOIT PAS attendre l'adolescence, lorsque le potentiel de croissance est déjà presque épuisé. Un bilan orthodontique fonctionnelle est à faire à l'âge de 3-4 ans pour vérifier la bonne mise en place des fonctions, qui vont elles-mêmes assurer la croissances des bases osseuses et la mise en place correcte des dents.

2) Dents des adultes, s'ôter les maux de la bouche (p. 80)

(je n'ai pas fait la liste exhaustive, à mon avis on est pas loin d'avoir l'intégral des jeux de mots consternants dans ce numéro)

- On y lit que «*les caries restent possibles, en particulier si l'on grignote ou si l'on utilise du dentifrice sans fluor*» : Je ne saisis pas sur quoi les auteurs se fondent pour dire cela, mais il y a bien d'autres facteurs de risque de carie que l'absence de fluor... Le facteur plus important reste la plaque dentaire non maîtrisée.

- On nous alerte sur «*l'absence de douleurs lors du développement des caries*», attention ça n'est pas spécifique au grand âge. Sur toutes les dents définitives, y compris chez les enfants, les caries se développent lentement, et sans douleurs jusqu'à ce qu'elles atteignent la dentine profonde (voire la pulpe). Dommage de s'arrêter à ce constat sans en déduire le conseil primordial : il faut faire des contrôles cliniques et radiographiques fréquents (généralement tous les ans, sauf risque particulier), sans attendre les douleurs, pour détecter les caries précocement et les soigner simplement, avant qu'elles n'aient détruit trop de tissu dentaire.

- enfin, il manque un élément essentiel pour conseiller les futurs seniors : il est capital d'arriver dans le grand âge avec des dents en bon état (et le moins de prothèses amovibles possibles), car les soins sont très vite mission impossible lorsque la dépendance s'installe.

3) Les dents, minérales mais bien vivantes (p. 82)

La dent n'est pourtant pas un organe bien compliqué : Email, dentine, pulpe. 3 couches, trois sortes de tissus. Incroyable d'arriver à sortir des erreurs sur ces notions basiques.

4) Dico des maux - problèmes et solutions

* «comment atténuer ses souffrances» ? La réponse aurait pu tenir en deux lignes :

En consultant régulièrement pour identifier les problèmes avant qu'ils ne soient douloureux, et corriger les facteurs de risque pour éviter l'apparition de nouvelles pathologies.

Les auteurs mettent en comparaison le paracétamol (antalgique) et le clou de girofle (anti-inflammatoire), qui sont pour eux des *«soins sans ordonnance»* : non, cela ne «soigne» rien. Ce sont des traitements symptomatiques.

Ils citent une enquête réalisée par Doctolib (!), arguant que *«30% des interrogés ont consulté un dentiste il y a plus d'un an»*. Il aurait été judicieux de préciser que cette proportion (énorme) est à mettre en parallèle avec la fréquence des urgences dentaires.

Un bon suivi (et des soins sérieux au quotidien) permet d'éviter les douleurs, tout simplement.

* «abcès»

L'article parle d'une *«infiltration de tartre sous la gencive, à la suite d'un manque de détartrage»*, c'est faux. C'est un manque de brossage (au sens large : nettoyage interdentaire y compris) qui laisse s'accumuler le tartre. Le détartrage ne sert qu'à «remettre à zéro» une bouche entartrée. Si on bénéficie d'une éducation thérapeutique efficace et qu'on s'implique dans son hygiène quotidienne, on n'a tout simplement plus besoin de détartrage. Les auteurs auraient pu préciser leur propos *«la visite annuelle permet de vérifier l'état des dents et d'effectuer un détartrage»* en précisant «et d'effectuer un détartrage SI BESOIN - et dans ce cas, si du tartre s'est accumulé, de vérifier impérativement les gestes de nettoyage quotidien».

* alimentation

Il me semble que la cellulose des légumes, non assimilable par notre organisme, n'entre pas non plus dans le métabolisme des bactéries responsables de caries. Je ne crois pas qu'il ait déjà été démontré que les légumes pouvaient être cariogènes, je serais heureuse de lire les sources de 60 millions.

Ils remettent ici un encart sur les bénéfices des chewing-gums (une demande particulière des fabricants ? un besoin de faire des lignes ?), malheureusement sans préciser les méfaits de cette habitude (possibles à titre individuel, certains à titre environnemental), et sa totale inutilité pour la majorité des gens si l'hygiène de vie est bonne.

* allergie aux métaux

Les auteurs citent le titane avec le nickel, le chrome, et le cobalt. Or le titane des implants présente une surface oxydée qui est de la même nature que les céramiques. L'oxyde de titane (=

sur toute sa surface, donc la seule partie en contact avec le corps) présente de ce fait une excellente biocompatibilité. Ces propos risquent d'inquiéter inutilement des patients à terrain allergique quant à l'utilisation d'implants en titane, qui sont pourtant ceux qui ont le plus de recul clinique.

Ils écrivent en outre que «*l'allergie aux métaux utilisés en dentisterie est difficile à diagnostiquer*». Pourtant, confier un échantillon du métal concerné au patient et faire réaliser un test d'allergie de contact chez un allergologue est souvent parlant et suffisant.

* «bruxisme»

Le traitement dont on parle ici est... étonnant. L'équilibration (et non «*équilibrage*») dentaire par soustraction, c'est à dire en meulant de l'émail sain, est une pratique destructive qui doit être réservée à des situations bien spécifiques. Le plus respectueux des tissus dentaires reste l'orthodontie (ou la refaction de prothèse).

Les auteurs mettent ensuite sur le même plan le traitement orthodontique et la gouttière de libération occlusale, ce qui me laisse penser qu'ils n'ont pas vraiment compris de quoi ils paraient... Je reprends donc les bases :

Le bruxisme a de causes locales (occlusion / tensions musculaires) et générales (stress).

On peut TRAITER les causes occlusales par un traitement orthodontique (en ortho fonctionnelle). Sinon, on peut mettre en place une gouttière qui va protéger les dents, éviter que l'usure ne continue, mais cela ne traitera pas les causes du problème. Et cela peut n'avoir qu'un effet de quelques mois sur les tensions musculaires.

Concernant la photo de gouttière : une photo de gouttière adaptée au bruxisme aurait été préférable (!), ainsi qu'une légende correcte (on ne «*diminue pas l'usure*», ce qui est perdu est perdu, on évite juste de continuer à user les dents...)

* Carie

Rappeler que les douleurs apparaissent très tardivement dans l'histoire de la maladie aurait été bien utile (et donc, que des dépistages réguliers permettent d'éviter totalement les caries importantes) ;

Les «*cavités visibles à l'oeil nu*» ne concernent pas les caries proximales (sauf à un stade vraiment très tardif), qui sont les plus fréquentes. C'est dommage, rappeler que la plupart des caries ne sont pas visibles à l'oeil nu aurait eu plus d'intérêt ;

«*Une carie met plusieurs mois à se développer*» ne correspond à aucune réalité clinique et bactériologique. Une lésion cavitaire peut apparaître en quelques semaines. Une carie peut évoluer pendant des années (par exemple, sur une dent dévitalisée, elle peut évoluer sans douleurs jusqu'à la destruction de tout le tissu minéralisé de la dent) ;

La liste de «*facteurs de risque*» omet juste la principale cause de carie : une plaque dentaire non maîtrisée ;

Les «traitements» dont il est question passent de la «*carie superficielle*» à la dent dévitalisée, sans suivre le gradient thérapeutique reconnu. Un inlay est une étape qui précède l'indication de couronne (elle-même à vrai dire très rare). La dévitalisation n'est pas systématique, même en cas de couronne, et même en cas d'atteinte juxta-pulpaire ;

L'«*amalgame en résine composite*» en fera sans doute pouffer plus d'un sous son masque :

- Les amalgames sont des poudres métalliques mélangées à du mercure (ce sont les «plombages»,

bien qu'ils ne contiennent pas de plomb). S'ils ont rendu de nombreux services, ils sont aujourd'hui considérés comme à éviter en raison des risques (principalement environnementaux) qu'ils représentent.

- Les «résines composites» sont des matériaux qui ont la couleur de la dent, qui servent à remplacer le tissu dentaire détruit par les bactéries, lorsque la carie n'est pas trop volumineuse. Au-delà d'un certain volume, l'inlay sera plus indiqué.

* cobalt

«Cancérogène, mutagène, et toxique», voilà le composant des couronnes «RAC 0»...

Il faut donc attendre la page 87 de ce hors série pour voir enfin un petit voile ternir le portrait flamboyant qui a été fait (à plus de 5 reprises) de la réforme «100 % Santé». Les lecteurs (persévérants) apprécieront.

Comme je l'ai écrit plus haut, les matériaux utilisés par les dentistes doivent relever d'un choix médical, et non commercial. Est citée une consœur qui demande «*Pouvons-nous continuer d'utiliser des composés métalliques potentiellement toxiques pour la santé humaine ?*». Et bien la réponse est dans la question non ? Quand vous savez qu'un dentiste engage sa responsabilité pour les matériaux qu'il met en bouche, et qu'il a une obligation de moyen concernant entre autre la sécurité de ses patients, vous comprendrez que bien des praticiens aient déjà fait leur choix pour leurs propres patients, RAC 0 ou non...

* dents de sagesse

- NON, l'extraction n'est pas nécessaire «*quand les dents n'ont pas suffisamment de place pour sortir*». Si elles ne sortent pas du tout, ne percent même pas la gencive, on les laisse en place.

- l'article préconise d'extraire «*quand le patient est jeune*», ce qui est discutable et doit être évalué au cas par cas. Bien souvent, les dents de sagesse (même en partie bloquées) remontent tout de même un peu avec les années, on peut alors les extraire sans aller délabrer l'os trop en profondeur.

- les auteurs affirment que «*l'extraction peut être réalisée sous anesthésie générale, pour extraire les 4 dents de sagesse en même temps*». C'est une demande fréquente des patients, sur laquelle une information plus consistante aurait été utile. Cette pratique est risquée (risques généraux associée à toute AG, et risques locaux de lésions des ATM par perte du tonus musculaire protecteur lors de l'AG), elle est d'ailleurs interdite dans plusieurs pays. Elle entraîne toujours des suites post-opératoires beaucoup plus lourdes que l'intervention «par côté» sous anesthésie locale. Ainsi, la balance bénéfice-risque penche clairement en défaveur de l'AG, il aurait été judicieux de le préciser.

* dévitalisation

Comme nous l'avons vu dans le paragraphe «carie», les atteintes profondes qui entraînent les dévitalisations sont tout à fait évitables. Il est dommage d'écrire que cet acte (irréversible et délabrant) est «*très répandu*» sans rappeler ce fait.

L'article précise les tarifs imposés par la sécurité sociale (33 à 81 euros) ainsi que la durée d'intervention («entre 30 min et une heure»). Il aurait été instructif de rappeler ici le coût horaire moyen d'un cabinet. Cela aurait permis d'éclairer le gros point manquant à cette partie : les dévitalisations sont (trop) souvent mal réalisées, par manque de moyen (ici : manque de temps

laissé par les tarifs sécu). Or, qu'elles soient incomplètes, que la pâte d'obturation radiculaire dépasse de la dent (dans l'os), ou bien que la désinfection ne soit pas suffisante, une dévitalisation mal réalisée risque d'entraîner des complications infectieuses («abcès sous couronne» pour schématiser) qui engendrera des retraitements, des frais très importants, et parfois hélas la perte des dents. Là encore, comme aucun contrôle qualité n'est fait, alerter sur les signes «normaux» aurait été utile (par exemple : il est normal qu'on prenne plusieurs petites radios de la bouche pendant la dévitalisation, un peu de sensibilités en post-opératoire est possible mais une dent dévitalisée doit vite être oubliée,...).

La «biocéramique» dont parlent les auteurs en matériau d'obturation me laisse perplexe. Elle n'a pas le recul clinique de la gutta percha, considérée à ce jour comme le standard des bonnes pratiques.

Les auteurs conseillent ensuite de «couronner» la dent, alors que cela n'a rien de «courant» : un inlay ou overlay est souvent suffisant (et moins délabrant). Dévitalisation ne veut pas dire couronne - et vis versa !

Autre point essentiel qui manque : alerter les patients sur la nécessité de protéger très rapidement la dent dévitalisée, par une prothèse (ou une résine) d'usage, avec un ciment «définitif». Les pansements et ciment provisoires sont rapidement poreux, et les bactéries peuvent en quelques semaines recontaminer l'intérieur de la racine... il faut alors recommencer tout le traitement de désinfection de la racine.

* douleur

Cette double page ne suffit pas à faire passer le message le plus important, qui tient en trois points :

1/ la douleur est TOUJOURS une raison de consulter (plus ou moins en urgence selon l'intensité, mais il faut toujours prendre l'avis d'un dentiste, même si la douleur a disparu). Il n'y a pas de douleurs sans cause.

2/ la très grande majorité des douleurs dentaires est inflammatoire. Il faut identifier la cause, et la traiter. Les traitements symptomatiques ne conduisent très généralement qu'à des retards de diagnostic (voire à des complications).

3/ Consulter régulièrement, sans attendre d'avoir mal, c'est permettre au dentiste d'identifier et de traiter les problèmes, donc d'éviter la survenue de douleurs.

L'axe choisi par 60 millions est différent et comporte malheureusement des erreurs :

- «*sensibilité au froid ou au chaud [...] seule l'utilisation au long cours d'un dentifrice pour dents sensibles a des chances d'être efficace*» : non. Les fabricants les remercieront certainement pour cette page de publicité, mais pas les patients : Il faut comprendre la cause de cette sensibilité (caries ? mylolyse ? usure occlusale ? fêlure ? perte d'obturation ?) et la traiter. Le «conseil» donné ici est en fait une incitation dangereuse à l'auto-médication : Sans diagnostic et avis médical, ces dentifrices peuvent conduire à un retard de diagnostic délétère.

- «*les caries sont les premières responsables de douleurs dentaires*» : j'aimerais connaître leurs sources, cette assertion divergeant fortement de mes observations cliniques. Le grand problème des caries, c'est bien plutôt qu'elles sont silencieuses (= non douloureuses) pendant très longtemps, des années ! Et que sans contrôle professionnel, on laisse ainsi les bactéries grignoter nos dents de l'intérieur sans s'en rendre compte.

- «*faut-il prendre un antalgique*» aurait été l'endroit idéal pour rappeler (en gras, en gros, en encadré) qu'il ne faut jamais prendre d'anti-inflammatoire sans couverture antibiotique (et donc, sans avis médical). Cette pratique d'auto-médication conduit encore trop souvent à des complications (parfois dramatiques, jusqu'au décès).

- «*clou de girofle*» (son effet est anti-inflammatoire, non directement «antalgique» comme il est écrit) : je suis stupéfaite de la légèreté avec laquelle sont prodigués des conseils sur un produit «irritant», «allergisant», et qui présente des contre-indications connues. La précision «à utiliser avec prudence» est loin d'être suffisante, là où «consultez un praticien formé à l'utilisation des huiles essentielles» aurait été indiqué.

- la «*rage de dent*» n'intervient pas, comme écrit, «*lorsqu'une carie n'est pas rapidement soignée*», mais bien lorsqu'une carie a été négligée pendant des années. Il s'agit ici de remettre le patient face à ses responsabilités. En cas de suivi régulier chez un dentiste (et de compliance dans les traitements proposés et les conseils donnés évidemment), il n'y a PAS de rage de dent. Ou alors, dans ce contexte, la survenue d'une rage de dent est un signe d'alerte sur le fait que les contrôles cliniques et radiologiques proposés par le dentiste sont en fait insuffisants.

- le paragraphe «*et si la douleur disparaît spontanément*» est incohérent puisqu'on y parle ensuite de douleurs au chaud (qui ne sont absolument pas toujours retrouvées dans les nécroses) et de «*douleurs intenses*»... D'abord, seule la question des nécroses est traitée, or elles peuvent se faire à bas bruit, quasiment sans douleurs. Ensuite, d'autres douleurs, liées à d'autres problèmes, peuvent également disparaître spontanément, sans que la cause n'ait été encore traitée. Ensuite, les auteurs évoquent l'apparition d'abcès «*ce qui nécessite d'extraire la dent*», c'est (heureusement) faux. Bien souvent, un traitement radiculaire convenable permet la cicatrization de l'abcès et la conservation de la dent. Ce genre d'affirmation va à l'encontre de l'intérêt sanitaire de la population, il peut être anxiogène pour les patients («j'ai un abcès, on va m'extraire la dent, j'ai peur donc je n'y vais pas») et conduire à un retard de prise en charge pour des choses qui sont en fait tout à fait curables.

La seule réponse médicalement acceptable à la question posée, «*et si la douleur disparaît spontanément*», est : je consulte dès que possible, pour identifier le problème sans attendre la prochaine alerte !

- dans le paragraphe «*le froid peut-il apaiser la douleur d'un abcès ?*», les auteurs affirment à nouveau «*Autant dire que mieux vaut écouter le signal d'alerte des premières douleurs, lorsque la carie est encore assez superficielle*», ce qui montre une fois de plus leur totale incompréhension de la physio-pathologie de la dent. Si vous avez déjà mal, c'est que la carie n'est plus du tout superficielle. Donc consultez régulièrement, sans attendre les douleurs, et consultez sans délai en cas de douleurs (même si elles passent), voilà les seuls messages d'intérêt public à marteler.

- «*quand poussent les dents de lait*» vante les mérites des «*anneaux de dentitions*» et autres «*baumes spécifiques*», les fabricants les remercieront - j'aimerais pour ma part connaître les sources qui vous permettent d'affirmer leur utilité (je ne leur en connais aucune, à part soulager le stress des parents face aux douleurs de leur bébé). Voilà une économie facile pourtant : arrêter d'acheter n'importe quoi, laissez bébé mâchouiller ses joujoux, et donnez-lui des aliments durs (et du pain bien sûr, mais pas toute la journée) pour que les fonctions masticatoires se mettent correctement en place.

* gencive

Une double page avec de bons éléments... et des inexactitudes.

- D'abord, enfin, youpi, merci, un message de prévention essentiel et limpide sur le saignement de gencive, qui DOIT alerter et amener à consulter. Bien dommage que cela ne fasse l'objet que d'un petit paragraphe qui ne vient qu'à la 92e page de ce hors série, car la prise en charge précoce des parodontites est un formidable levier d'économies ! (et de conservation de la santé, mais j'ai bien noté que cette question passe après dans l'axe éditorial retenu).

- les auteurs citent comme statistique que «*plus de 80% des adultes âgés de 35 à 44 ans souffrent d'une maladie parodontale*». Il n'y a RIEN, dans la prévalence de cette infection, qui me permet de comprendre pourquoi ils ont retenu cette tranche d'âge en particulier... La parodontite peut apparaître dès l'adolescence, et jusqu'à la mort... Je ne vois en rien ce qui pourrait augmenter le risque entre 35 et 44 ans (ou même l'intérêt d'isoler cette portion de la population), si ce n'est qu'il est probable que les diagnostics soient plus fréquents à cet âge que dans la vingtaine (puisque les problèmes sont alors installés depuis des années et commencent à être perceptibles), et que l'on peut espérer qu'une partie des gens identifiés et traités guérissent dans les années qui suivent ?...

- Les auteurs abordent la question quantitative de la flore, c'est une erreur. Les bactéries pathogènes responsables de la parodontite sont des espèces identifiées (anaérobies, qui n'ont rien à faire en bouche). On peut laisser des tonnes de plaque sur ses dents sans pour autant développer une parodontite (on aura d'autres problèmes hein, des caries par exemple), ou avoir un brossage plutôt correct et tout de même être atteint de parodontite (si on est contaminé par ces bactéries, et si on les laisse s'installer dans des recoins sous la gencive, si on ne fait pas de nettoyage interdentaire par exemple)

- «*déchaussement (voire la perte) des dents*» : c'est plus direct que cela : l'évolution de la parodontite VA jusqu'à la perte des dents si on ne traite pas.

- «*maladie chronique irréversible*» est une formulation trompeuse et inutilement anxiogène pour les patients : c'est une maladie chronique curable, donc réversible. On peut (facilement) guérir d'une parodontite. Par contre la destruction osseuse est irréversible, ce sont les séquelles de la maladie (l'os ne repousse pas).

- encore un petit coup de statistiques, avec cette fois «*50 % des adultes*»... de quoi égarer les lecteurs. Le seul message utile à faire passer est à mon sens : la paro est très répandue, autant que la carie, faites-vous régulièrement contrôler par un dentiste, et consultez si saignement.

- les signes décrits, «*sensation que les dents bougent à la mastication*», «*des abcès peuvent apparaître*», correspondent à des parodontites très avancées. Cela pourrait laisser les lecteurs dans l'illusion qu'il n'y a rien à faire en attendant ce stade, et conduire à un retard de diagnostic.

- le paragraphe sur les «*symptômes*» omet, hélas, le fait que les premières années de l'infection sont souvent très discrètes. Seul un contrôle (clinique et radiographie) par un dentiste permet de s'assurer de la bonne santé gingivale et du maintien du niveau osseux. Les fumeurs, notamment, ont souvent moins de saignements (en raison de la diminution de la vascularisation terminale liée au tabagisme) alors même que les pertes osseuses risquent chez eux d'être plus rapides.

- le paragraphe sur la «*greffe de gencive*» comporte un non-sens : On ne peut pas écrire «*si la perte osseuse est supérieure à la perte de gencive, aucun recouvrement ne sera possible*», c'est une aberration anatomique. La gencive a une épaisseur fixe (hors inflammation), elle «suit» donc le niveau osseux : elle descend quand on perd l'os qui la soutient. C'est bien pour cela que les greffes de gencive seules sont souvent si décevantes et peu prédictibles : si l'on veut regagner de

la hauteur, il faut reconstruire avant tout le niveau osseux (c'est possible dans certains cas, et par certains chirurgiens bien spécialisés). Dans tous les autres cas, on augmente simplement l'épaisseur (dans le sens horizontal) de la gencive, ce qui peut avoir un intérêt pour renforcer la résistance de la gencive dans le temps, mais a un très faible impacte esthétique. Là encore, le plus économique (car, scoop, la greffe de gencive n'est pas remboursée par la sécurité sociale) est encore de garder sa propre gencive en bon état, par des contrôles réguliers et une hygiène apprise et vérifiée par un professionnel.

Sur cette double page (p. 92 93 je le rappelle), 60 millions nous informe donc sur le fait que pour «50» à «80%» des gens (càd ceux atteints de parodontite), il faut faire des «*radiographies dentaires*» pour «*évaluer l'étendue et la destruction osseuse*» (je supprime le «peuvent être prescrites», je ne connais aucun dentiste sérieux qui traite une parodontite sans radios de précision), puis qu'il faut «*adopter une bonne hygiène [...] complété par le passage de fil ou de brossettes interdentaires*». Qu'il faut réaliser «*un détartrage approfondi*» et mettre en place par la suite «*un contrôle régulier tous les trois à six mois*».

Je suis globalement d'accord avec eux (si ce n'est sur deux points : avec une éducation thérapeutique efficace, le détartrage-aéropolissage n'a pas vocation à être «répété régulièrement» puisque le patient devient autonome dans la maîtrise de plaque, donc le tartre ne revient pas ; en outre les traitements «chirurgicaux» de la parodontite correspondent à une école ancienne, ils sont douloureux, ont d'avantage de risque de récurrence, et sont aujourd'hui réservés à des situations très particulières).

Maintenant j'aimerais les mettre face à leurs contradictions : Où est passé le «*simple détartrage*» dont on nous parlait dans les pages précédentes ? Doit-on continuer à se «*méfier*» des honoraires non remboursés, alors que ces traitements (qui sont nécessaire pour la majorité des gens donc) ne sont pas du tout pris en charge par la sécurité sociale et très peu par les mutuelles ? Un peu de mathématiques vous feront comprendre que si un dentiste ne pratique aucun «*dépassement*», c'est qu'a priori il ne fait aucun traitement parodontal, donc néglige une pathologie (évolutive et curable) présente chez 8 patients sur 10...

Les statistiques de traitement des parodontites dans les centres, notamment, auraient été intéressantes (de mon expérience personnelle : 0 % des patients qui viennent de centre ont été informés sur leurs parodontite).

Les possibilités de «*suivi tous les 3 à 6 mois*» lorsqu'on se fait soigner à l'étranger me laissent également perplexe (mais il est vrai que 2 patients sur 10 n'ont pas de problème paro, ne noircissons pas inutilement le tableau).

* Hypersensibilité dentaire

Toute une page consacrée à ce qui n'est qu'un symptôme, et pas des plus inquiétants en plus... et encore des manquements et des inexactitudes :

- «*cette douleur se différencie de celle de la carie, toujours localisée*», c'est doublement faux car une seule dent peut être concernée par une mylolyse et être hypersensible au froid (on a donc une douleur localisée), et les caries, très tardivement douloureuses, peuvent aussi entraîner des douleurs diffuses, de même que d'autres problèmes (bruxisme, abcès, fracture dentaire...)
- le paragraphe «*quel traitement ?*» ne parle que des traitements symptomatiques (un «traitement» est ce qui soigne le problème, pas seulement ce qui soulage). Là encore, ces

incitations à l'auto-médication sont regrettables car elles peuvent conduire à un retard de prise en charge.

Il manque à cette page la seule information utile : ce symptôme doit amener à consulter pour poser un diagnostic, corriger la cause (brossage traumatique ? trouble alimentaire ? malocclusion ? bruxisme ?...), et évidemment soulager.

On ne s'improvise pas dentiste, il n'y a pas de honte à avoir sur ses domaines d'incompétence. Simplement, consacrer une page à un symptôme sans le relier à ses causes ni aux réels traitements nécessaires n'a pas seulement aucun intérêt, cela laisse aussi les lecteurs dans des fausses croyances néfastes à leur santé.

* «mauvaise haleine»

Presque une demi page et pourtant le seul message utile n'est pas explicite : Une mauvaise haleine est généralement due à des toxines bactériennes, dégagées par des bactéries pathogènes. Il est impératif de consulter un dentiste pour traiter cette infection.

Dans de plus rares cas, la mauvaise haleine peut venir d'un problème digestif : le dentiste vous adressera alors à un médecin (gastro-entérologue).

Hélas, mille fois hélas, 60 millions se permet au contraire de conseiller *«l'utilisation de bains de bouche dédiés à l'halitose»*. Cela fera sans doute très plaisir aux fabricants, mais risque là encore de repousser la prise en charge de l'infection... Fort dommage, quand on sait que l'halitose peut être un des premiers signes qui gênent les patients atteints de parodontite, et qu'on sait l'importance de la prise en charge précoce de la paro... Je reçois régulièrement des nouveaux patients qui souffrent de paro depuis des années sans le savoir, et ont laissé la situation s'aggraver en faisant quotidiennement et bien scrupuleusement leur bain de bouche. Ces produits sont néfastes, il masquent un symptôme et retardent ainsi le diagnostic, donc le vrai traitement. Quelle irresponsabilité dans ces propos !

* plaque dentaire

Je comprends l'amusement que peut représenter l'exercice de style «Dico des ...» en première année de journalisme... Mais lorsqu'un établissement public se propose de faire un hors série *«spécial dents»*, sujet médical, on est en droit d'attendre un poil plus de rigueur et des choix didactiques autrement plus pertinents qu'un classement alphabétique.

Nous voilà donc avec une demi-page d'explications sur la plaque dentaire, responsable de la très très grande majorité des problèmes de dents. Et nous sommes.... à la page 95. Dans un journal qui a consacré, pour rappel, les pages 16 à 23 à *«bien choisir sa mutuelle»*. Cherchez l'erreur ?

Rassurez-vous, j'en ai trouvé d'autres :

- le schéma proposé dans cette page est un non-sens, la plaque peut se trouver sur toute la surface des dents

- la flore commensale (normale) de la bouche, responsable des caries, n'est pas distinguée de la flore pathogène (bactéries anaérobies) responsable de la parodontite

- ce sont bien ces deuxièmes (bactéries anaérobies) qui peuvent entraîner des complications générales graves (cardiaques notamment, mais également autres comme accouchements prématurés...). Ceci aurait eu sa place dans la partie consacrée à la parodontite, de même que toute la partie sur l'inflammation gingivale. Mentionner ces complications dans un paragraphe sur la simple «plaque» est inutilement anxiogène.

- il est inexact de dire qu'un brossage «*de deux minutes*» est recommandé : il faut éliminer toute la plaque, quel que soit le temps qu'on y consacre, et vérifier le résultat avec du révélateur de plaque (et auprès de son dentiste)

- le fluor contenu dans le dentifrice n'agit pas sur la plaque dentaire (Mais quelles sont donc leurs sources ? Notices des fabricants ?)

- On ne dit rien ici de l'impact de l'alimentation sur la formation de la plaque, c'est navrant. Les aliments transformés, industriels, collants, entraîneront bien plus de formation de plaque dentaire qu'une alimentation saine.

- enfin, les propos «*avec le temps, lorsque la plaque persiste*», «*la plaque peut se transformer en tartre au bout de 72 heures*» et «*pour éliminer le tartre, un détartrage en cabinet dentaire est indispensable*» me semblent atteindre le summum de la dé-responsabilisation du patient. Non, la plaque ne «persiste» pas. Elle ne se «transforme» pas. Elle est constituée de micro-organismes qui se multiplient en permanence. Et elle se minéralise avec le temps.

Quel est le message vrai, utile, et bon, à faire passer en réalité ?

Que la plaque est à éliminer quotidiennement, puisqu'elle ne cesse de se développer.

Qu'en éliminant correctement toute la plaque tous les jours, on n'a jamais de tartre.

Donc jamais besoin de détartrage.

Ca c'est vrai, ça c'est libérateur (les patients ne sont pas condamnés à la fatalité des détartrages !), et c'est un message de santé utile. Et en plus ça fait faire des économies ! (sans augmenter ses cotisations de mutuelles ni payer des billets d'avion, quel bonheur).

* restauration

Je sais que notre métier peut être complexe. Les auteurs de ces pages se sont pourtant entourés de (très) bons praticiens, notamment ici le Dr Decup... et pourtant que d'erreurs, que d'imprécisions dans un document se voulant rendre accessible la compréhension des soins au grand public !

- non, la «*restauration composite*» ne permet pas de «*garder la totalité de la dent*», puisque, justement, on remplace (on «restaure») un morceau qui a été perdu (par carie ou par fracture). Cela aurait été l'occasion de rappeler que même une petite carie, c'est une perte irréversible de tissus.

(Au passage, on choisira plutôt de s'aligner sur la teinte de l'émail que sur «la couleur de la dentine», qui est la couche interne de la partie minéralisée de la dent, bien plus jaune-orangée que la couche superficielle - je renvoie les auteurs au schéma de la page 82).

- le schéma illustrant les «*inlay-onlay*» est faux (il représente un overlay), celui illustrant l'inlay est situé près à côté de celui de la couronne, et sous le texte qui concerne «*l'inlay-core*» (strictement rien à voir avec l'inlay... ah oui c'est subtil hein). Le schéma de la couronne montre une «*dent réduite*» qui ressemble d'avantage à un pilier supra-implantaire et ne reflète en rien ce que doit être une «*taille*» de dent correspondante aux bonnes pratiques. Les images sont là pour éclairer la compréhension des lecteurs, cela mérite autant d'attention que les mots.

- «*l'inlay reconstruit la partie interne de la dent et l'onlay la partie externe*» n'est pas clair (on pourrait comprendre qu'il faut un inlay et un onlay pour remplacer la dent), un schéma (un schéma juste, je veux dire) aurait été préférable

- la «*couronne*» n'a quasiment plus d'indications depuis l'essor de la dentisterie adhésive, soit il y a bien 15/20 ans maintenant...

- une dent n'est pas forcément dévitalisée pour être couronnée (c'est même une faute de dévitaliser une dent pour des raisons prothétiques, c'est une mutilation volontaire)
- les lecteurs les plus attentifs seront heureux de retrouver les couronnes cobalt-chrome, certes un peu cancérigènes mais tellement moins chères !...
- On nous parle ici d'inlay-core sans parler des reconstitutions par tenons fibrés, qui sont pourtant à privilégier par rapport à l'inlay-core dans tous les cas où cela est possible (pas de métal, et moins de risque de fracture de racine notamment)
- le tarif annoncé de l'inlay-core «*comptez 175 euros*» n'engage que 60 million et ne tient pas compte des différentes situations cliniques et prothétiques possibles (à leur décharge : la réforme de la nomenclature est absconse).
- Les «bridges» et les «implants» sont classés dans le chapitre «restauration», terme qui regroupe les soins conservateurs et prothétiques ayant pour but de «restaurer» la partie manquante d'une dent. Les bridges et implants interviennent quand la dent est totalement perdue, nous ne sommes plus dans le domaine de la restauration (bien sûr c'est accessoire, mais tant qu'à faire de la vulgarisation, pourquoi écrire des erreurs ?)
- les «*bridges*» ne mentionnent pas l'existence des bridges collés, qui sont pourtant bien moins délabrants et bien plus indiqués que les bridges conventionnels
- «*l'inconvénient*» de devoir «dévitaliser» deux dents adjacentes pour remplacer celle du milieu est un terme bien trop faible pour désigner cette mutilation irréversible. Il est aujourd'hui considéré comme fautif de dévitaliser des dents pour en faire des supports de bridge (chaque dent dévitalisée à tort est estimée à 1% en préjudice fonctionnel permanent dans les grilles d'évaluation des dommages corporels). Mutilant, le bridge (et encore plus le bridge conventionnel et non collé) n'est aujourd'hui PAS considéré comme l'indication première d'un édentement unitaire, où l'implant est à privilégier tant que c'est possible.
- je retrouve dans le paragraphe sur l'implant l'angle de vue générale adopté par 60 millions : bien sûr, l'implant permet de «*remplacer une dent absente sans s'attaquer à des dents saines*» mais les auteurs précisent rapidement qu'il faut «*compter entre 1000 et 2000 euros*». Hum. Ça mérite réflexion. Quel est le prix d'une dent saine ?

* stress

Puisque en fait on nous parle ici du bruxisme, je regrette que ne soit pas mentionnée pas la composante occlusale (plus complexe à comprendre, mais toujours présente en cas de bruxisme). Sur cette cause, des professionnels (dentistes et / ou ortho) seront indispensables.

* traumatisme

- «*si la fracture atteint la pulpe, il faudra envisager de poser une couronne*» est une allégation qui ne respecte pas le gradient thérapeutique et peut conduire des patients à accepter des surtraitements par mésinformation. Il est bien souvent possible de proposer des composites (surtout avant la fin de la croissance), des facettes, des «couronnes 3/4» avant de devoir envisager des couronnes. Et ce, que la vitalité de la dent ait pu être ou non conservée.
- de même, on ne parle pas ici de traitements radiculaires, dont l'indication doit être posée très prudemment en cas de traumatisme (ne pas se précipiter +++ car la pulpe a un potentiel de régénération) et qui sera le plus souvent partiel sur des dents immatures.
- il manque là encore un conseil essentiel : en cas de traumatisme dentaire, un contrôle clinique

et radiologique est obligatoirement à mettre en place (selon la fréquence que le dentiste indiquera), car des complications (infections, résorptions radiculaires) peuvent survenir plusieurs mois (voire plusieurs années) plus tard.

CONCLUSION

Me voilà arrivée au bout de ma relecture du numéro «SPECIAL DENTS».

47 pages ont été nécessaires pour aller précisément au fond des choses, sur un sujet aussi complexe que passionnant. Mon agacement face à des contre-vérités nuisibles pour les patients m'aura tenu lieu de motivation.

J'espère que ces quelques éclairages pourront achever de convaincre ceux qui auront eu la patience de me lire de l'impasse que représente la vision consumériste de la santé (et son égarement le plus manifeste avec cette «réforme» qui n'encourage qu'à subir des soins toujours plus tardifs et délabrants).

Pour des (ébauches de) solutions, je renvoie ceux que ça intéresse à mon mémoire «le Code peut-il sauver la déontologie?».

La seule voie de réelle économie demeure la prévention, c'est à dire les bilans complets et réguliers par des professionnels, et une éducation thérapeutique individuelle efficace. Deux «actes» actuellement non pris en charge (à hauteur du coût horaire d'un cabinet dentaire j'entends), et que la société aurait bien plus intérêt à soutenir financièrement que les prothèses...

Je souhaite pour finir faire un pas de côté en m'adressant directement à «60 millions», pour vous parler plus généralement de vous, de votre mission, de votre métier.

Votre journal s'appelle «60 millions de consommateurs». Vous êtes l'Institut National de la «Consommation».

J'ai pu écrire au début de ce document à quel point des informations de santé me paraissent incongrues dans vos pages. La Santé n'est pas la consommation. Bien au contraire, plus nous prenons soin de nous, moins nous avons besoin de réparer, donc moins nous «consomons» des soins. C'est aussi pour cela que la réforme dite «100 % Santé» est à mes yeux du délire consumériste, en plus de faire le nid à un scandale sanitaire. Je ne saurais assez vous dire à quel

point cette politique de «consommez donc des couronnes, c'est gratuit !» heurte mon éthique de soignante (et mon portefeuille de contribuable).

Etes-vous pour autant appelés à disparaître dans un monde qui va (volontairement ou non) sortir de l'illusion et changer de modèle de «consommation» ? Pas forcément.

Nous sommes face à des défis d'envergure, dans lesquelles vous avez pleinement à jouer votre rôle d'information face aux consommateurs (parfois vulnérables face aux fausses informations qui circulent) :

1) En informant vos lecteurs sur tout ce dont ils peuvent allègrement se passer (non pas dans un esprit de privation, mais pour vivre mieux) : évitez vous de fastidieux comparatifs sur des crèmes anti-rides (aucune n'a d'effet au delà de 12h, et quand bien même elles en auraient ??...), des compléments de pseudo-alimentation (dont une grande partie ne sont même pas assimilable par l'organisme), et autres bidules électronique-débilissants (sérieusement, une brosse à dents connectée ? A quand le gant de toilette connecté qui vous dira si vous êtes bien passé entre les orteils ?). Traquez, plutôt, dans tous les domaines, tout ce qu'on cherche à nous vendre et dont nous n'avons pas besoin, pour nous apprendre à consommer moins en étant plus heureux.

2) En éduquant à consommer différemment et mieux, sur des choses basiques et quotidiennes. Revenir à des produits les moins transformés possibles, les moins industrialisés possibles (par exemple, réapprendre à manger des pommes de terre plutôt que des gnocchis !...). Encouragez le «fait-maison», la récupération, les circuits courts, les deuxièmes vies, le gratuit, le lien social et amical comme vraie richesse, la co-propriété d'objets, les loisirs simples et nature...

3) En expliquant le vrai «prix» des choses. Non pas en comparant les étiquettes de biens de consommation (ce que tout le monde peut faire), mais en investiguant sur :

- le prix écologique (eau, énergie, fabrication, transport, déchet, CO2)
- le prix économique caché (gestion des déchets, problèmes de santé induits)
- le prix sanitaire (faut-il réellement acheter de la merde qui nous rend malade sous prétexte qu'elle n'est pas chère ? hum...)
- le prix humain (condition de travail des producteurs et des intermédiaires ? Conditions politiques des pays d'où viennent ces produits ? Qu'accepte-t-on de financer à travers notre caddie ?)

J'aurai alors plaisir et intérêt à retrouver vos pages.

Je vous souhaite courage, intégrité, et persévérance sur le chemin de cette petite révolution.

Dr Constance Leger,
Fondatrice de L'Odont'ACT.