



Prévention

Pertinence

Qualité des soins



+

Prévention

+ Soigner autrement

La prévention est la maîtrise médicalisée de la médecine bucco-dentaire !

Tout mettre en œuvre pour prévenir et éviter les délabrements importants, les extractions, la prothèse, les implants ...

Permettre la prise en charge des populations les + précaires

Valoriser et prendre en charge les techniques « alternatives »
Permettre l'utilisation des matériaux et techniques innovantes

RECOMMANDATIONS EN SANTÉ PUBLIQUE

Stratégies de prévention de la carie dentaire

Synthèse et Recommandations

Mars 2010

Evolution EBD

- **Revalorisation de l'EBD** à 40€, 52€ (2 radios) ou 64€ (4 radios ou panoramique)
 - ❖ Permettre d'y consacrer plus de temps
 - ❖ Le rendre plus attractif pour les praticiens
- Améliorer la présentation et les documents d'accompagnements patients
- EBD diabétique : même revalorisation
- EBD diabétique parodontal = 50€
- EBD avant l'entrée en EPHAD ou en foyer médico social

Soigner autrement

- **Expérimentation d'une prise en charge des vernis fluorés** (développé plus loin)
- Remettre le **patient** au cœur de la médecine bucco-dentaire en le rendant **prévento-conscient**
 - ❖ Diminuer le recours à des soins plus lourds par une prise en charge précoce
 - ❖ Montée en charge progressive par l'entrée de classes d'âge dans le dispositif (ou de catégorie de patients)
 - ❖ Point d'entrée du RAC 0
 - ❖ Généralisation progressive de l'EBD à toute la population

Handicap et dépendance



- Patients handicapés
 - ❖ Elargissement des critères définissant les bénéficiaires
 - ❖ **Expérimentation sur mise en place et financement de plateaux techniques intermédiaires accessibles aux chirurgiens-dentistes libéraux**
 - ❖ Ces lieux peuvent aussi servir à la Permanence Des Soins (sécurité des soignants)
- Ne pas oublier la dépendance dans le plan à 10 ans



+

Pertinence

Pertinence des soins



- **Supprimer le critère économique** altérant le choix du patient
 - ❖ Pas de différenciation de prise en charge sur alternatives thérapeutiques
- **Aide à la décision / prescription**
 - ❖ Documents en ligne = arbres décisionnels
 - ❖ Outils de guidage / recommandations
 - ❖ Outils d'information du patient
 - ❖ Outils d'amélioration des pratiques professionnelles
 - Création / diffusion



Permanent Teeth

Concussion

Subluxation

Extrusion

Lateral luxation

Intrusion

Avulsion

Infraction

Enamel fracture

Enamel-dentin fracture

Enamel-dentin-pulp fracture

Crown-root fracture without pulp involvement

Crown-root fracture with pulp involvement

Root fracture

Alveolar fracture

Enamel-dentin fracture

IADT treatment guidelines for enamel-dentin fracture



Clinical findings

- A fracture confined to enamel and dentin with loss of tooth structure, but not exposing the pulp.
- Percussion test: not tender. If tenderness is observed, evaluate the tooth for possible luxation or root fracture injury.
- Normal mobility.
- Sensibility pulp test usually positive.

Radiographic findings

- Enamel-dentin loss is visible.
- Radiographs recommended: periapical, occlusal and eccentric exposure to rule out tooth displacement or possible presence of root fracture.
- Radiograph of lip or cheek lacerations to search for tooth fragments or foreign materials.

Treatment

- If a tooth fragment is available, it can be bonded to the tooth. Otherwise, perform a provisional treatment by covering the exposed dentin with glassionomer or a more permanent restoration using a bonding agent and composite resin or other accepted dental restorative materials.
- If the exposed dentin is within 0.5 mm of the pulp (pink, no bleeding), place calcium hydroxide base and cover with a material such as a glass ionomer.



+

Qualité des pratiques

ROSP



INDICATEURS DÉDIÉS À L'ORGANISATION DU CABINET

- Forfait structure
- Tenue du dossier médical
- Logiciel de prescription
- Présence d'une assistante dentaire
- Télétransmission
- Archivage des données, des modèles ODF, des radios
- Critère de précarité venant valoriser la part de la patientèle qui bénéficie de la CMU-C / ACS
- Radioprotection
- DASRI / collecte déchets mercuriels
- DMP

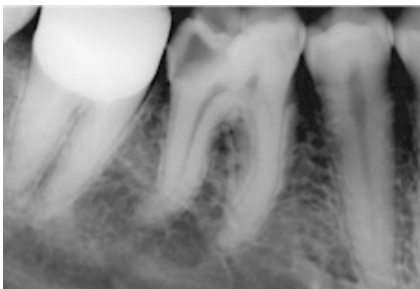
ROSP



- La méthode de rémunération de ROSP doit être différente de celle proposée dans l'AV4.
- Rappel Avenant 4
 - paiement globalisé
 - s'il manque un élément de la liste = 0 €
 - seulement +100€ pour de nombreuses obligations supplémentaires

Prévention Pertinence Qualité

- Possibilité d'**associer la facturation de C + radios**
 - Cohérence avec règles EBD
 - Incitation à faire des radios comme préconisé dans « Guide des indications et procédures des examens radiologiques en Odontostomatologie »
 - Réduction du nombre de séances



Guide des indications et des procédures
des examens radiologiques en odontostomatologie

Recommandations pour les professionnels de santé



Vers un nouveau paradigme de prévention et de contrôle de la maladie carieuse

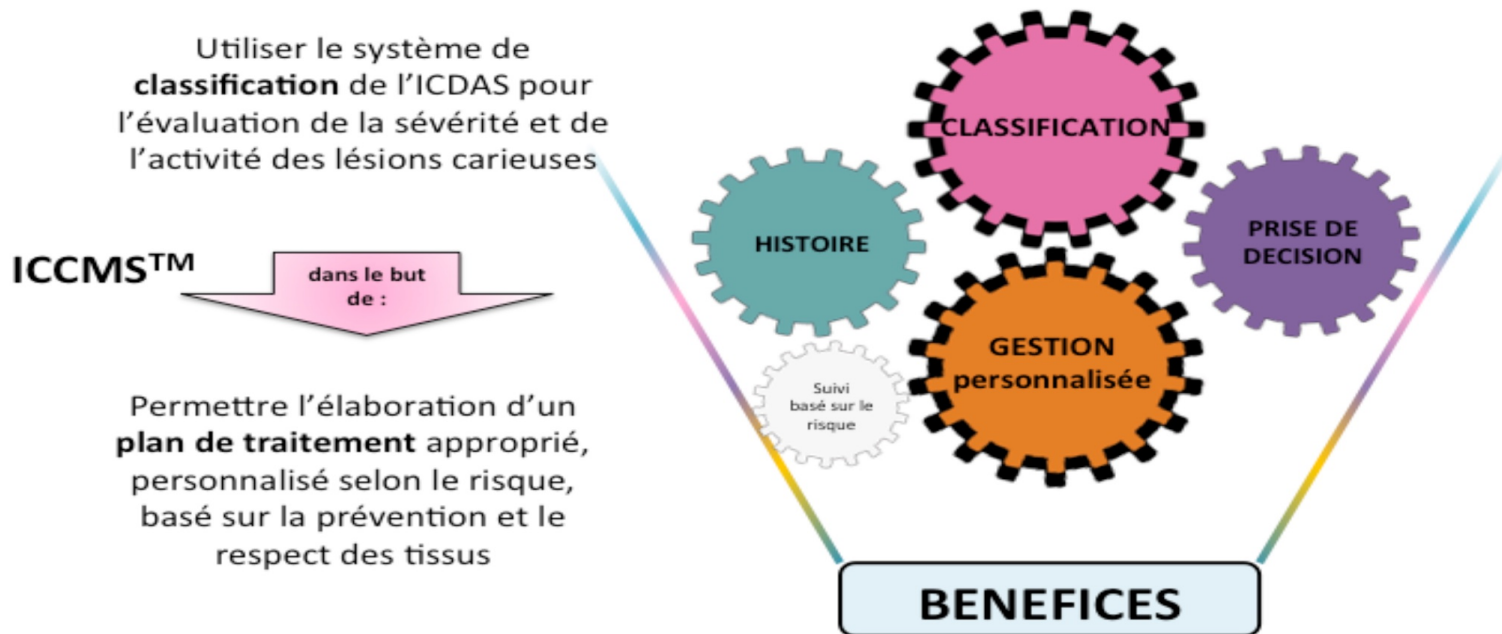
Objectifs de cette présentation



- Synthèse des données acquises de la science et des recommandations actuelles
- Proposition d'un protocole de prévention rémunéré par forfait adapté
- Valorisation des techniques les moins invasives et les plus conservatrices (concept d'intervention minimale)

Sources

- FONDATION ICDAS: ICCMS™ International Caries Detection and Assessment System™
- ICCMS™ : 182 publications scientifiques synthétisées pour l'établissement d'un protocole



Prévention et gestion de la lésion carieuse



- L'objectif d'ICCMS est de réduire le développement de lésion carieuse en **intervenant le plus rapidement possible** pour inverser le processus carieux en faveur de la reminéralisation.
- Idéalement, la prise en charge des lésions carieuses précoces devrait impliquer **l'approche la moins invasive** capable de prévenir la progression de la maladie et l'autonomisation du patient pour améliorer et maintenir sa propre santé bucco-dentaire
- Les patients doivent être vus très régulièrement jusqu'à gestion des facteurs de risque et **diminution du risque jusqu'à un risque faible**

FDI Chairside Guide



Making prevention a priority



www.fdiworlddental.org

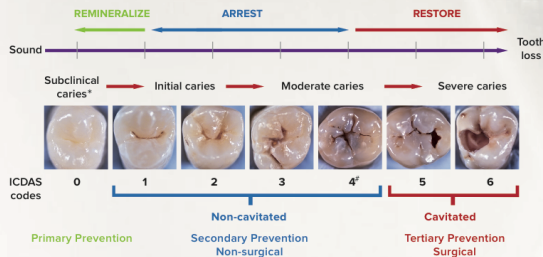


Caries Prevention and Management Chairside Guide

The goal is to reduce the impact of caries development by intervening as soon as possible to manage further tooth destruction, and reversing the caries process in favour of remineralization. Ideally, the management of early caries lesions should involve the least invasive approach capable of preventing disease progression and empowering the patient to **improve and maintain their own oral health**.

Understanding Lesion Activity

The essential challenge is to differentiate between firstly a lesion which is active today and continuing to suffer net loss of mineral, with demineralization being out of balance with remineralization, as opposed to a lesion of similar severity which has been "switched off" and become **inactive**, i.e. arrested or remineralized. The clinical and economic implications of making the correct activity assessment are profound.



| ICDAS Dental Terms | Sound | First visual change in enamel | Distinct visual change in enamel | Localized enamel breakdown | Underlying dentine shadow | Distinct cavity with visible dentine | Extensive cavity with visible dentine |
|--------------------|-------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| ICDAS Detection | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ⁺ | 5 | 6 |

*caries refer to carious lesions

⁺dentine shadow may require surgical treatment in some cases

Determining Caries Risk

Assessing a patient's caries risk is essential in determining the appropriate level of preventive care. Previous caries experience is often the best indicator but several other factors should be considered when assessing risk.

| HIGH | MODERATE | LOW |
|--|---|--|
| 3 or more incipient or cavitated primary or secondary caries lesions in the last 2 years | 1 or 2 incipient or cavitated primary or secondary caries lesions in the last 2 years | No incipient or cavitated primary or secondary caries lesions during the last 2 years and no change in the risk factors that may increase caries |
| Additional preventive measures are indicated: <ul style="list-style-type: none"> • Patient education (oral hygiene, dietary counselling) • Protective factors (fluoride, sealants, salivary stimulation) | | No additional interventions indicated |

Balancing Caries Pathological & Protective Factors

Pathological Factors

- ▶ Frequent consumption of dietary sugars
- ▶ Inadequate fluoride
- ▶ Biofilm homeostatic imbalance
- ▶ Salivary dysfunction

Protective Factors

- ▶ Tooth-healthy diet
- ▶ Fluoride toothpaste twice daily
- ▶ Professional topical fluoride
- ▶ Preventive and therapeutic sealants
- ▶ Normal salivary function

Deminerlization

Disease
Lesion progression

HIGH
Caries Risk



MODERATE
Caries Risk

Remineralization

Health
Lesion arrest or regression

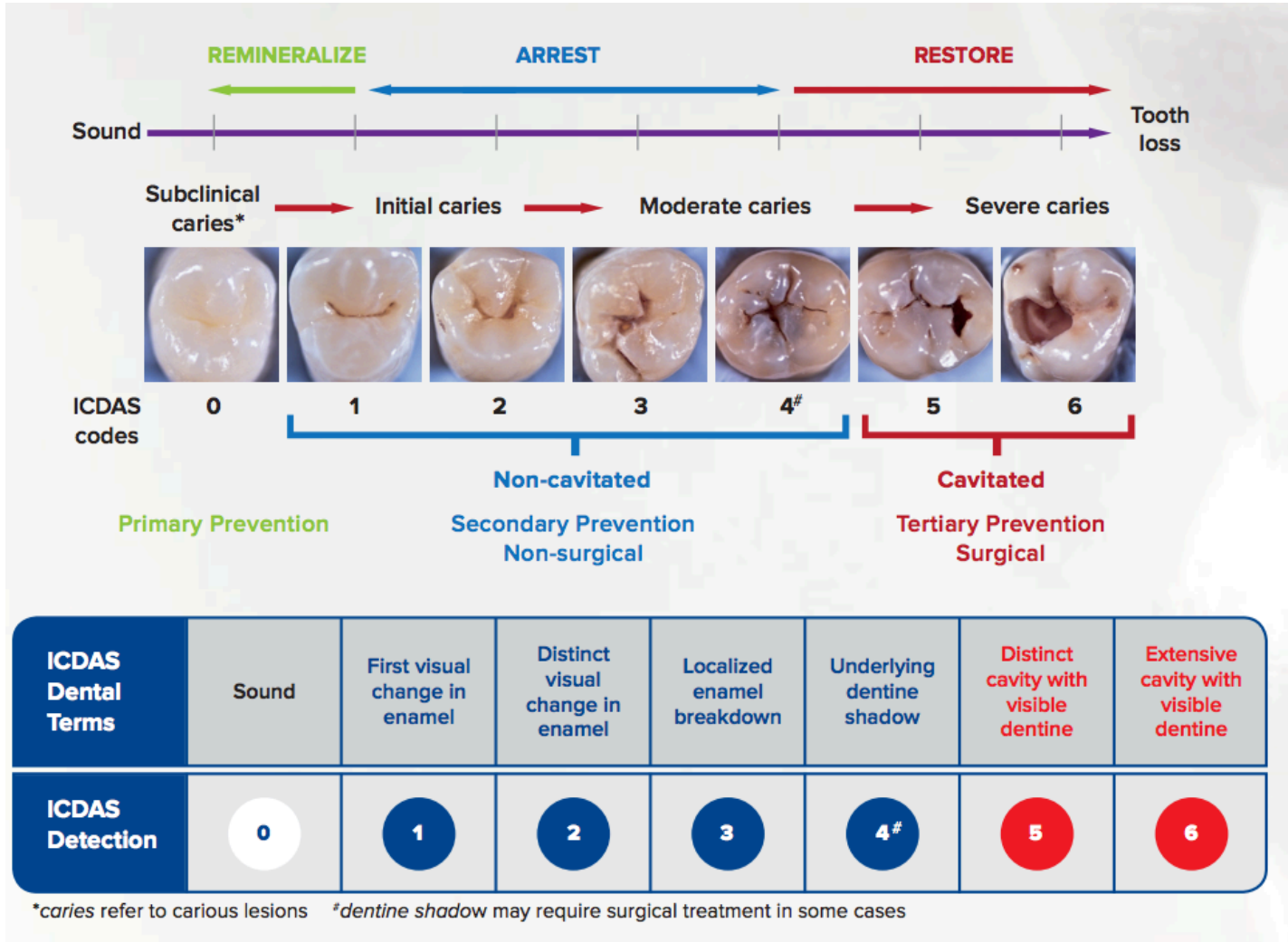
LOW
Caries Risk

Action Points

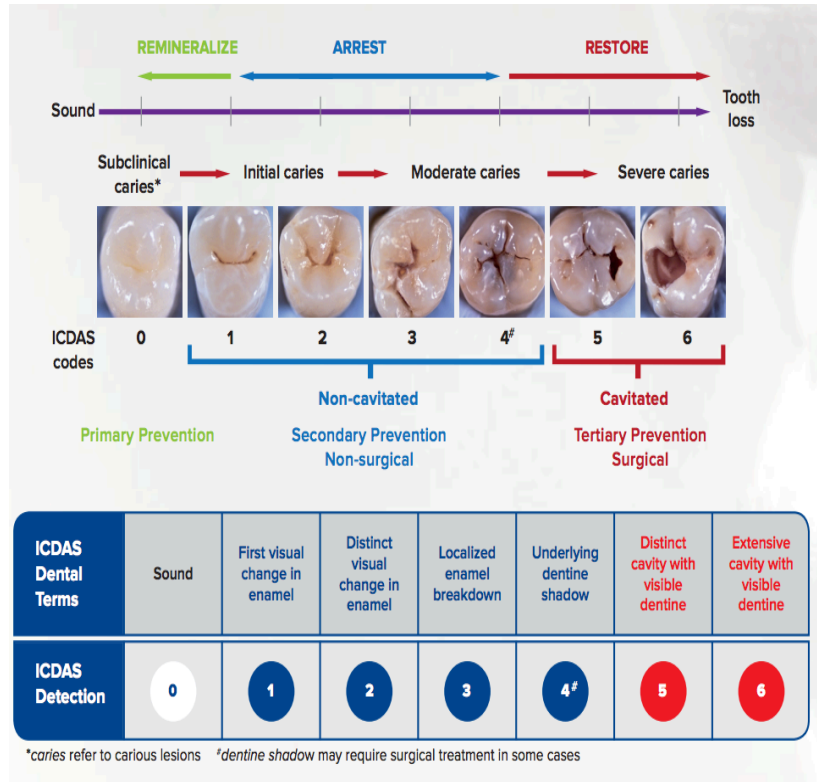
- ✓ Assess lesion activity
- ✓ Target appropriate level of intervention
- ✓ Prevent more damage
- ✓ Assess caries risk
- ✓ Favour preventive measures
- ✓ Minimize surgical intervention
- ✓ Convert actively progressing lesions into arrested controlled ones
- ✓ Improve patients' oral health behaviours

The following caries risk assessment system is age-specific to account for varying risk factors throughout life

FDI Chairside Guide



Identification du risque Carieux



- Classification en 6 stades (épidémiologiques) : 4 suffisent en pratique courante : Sain / Initial / Modéré / Sévère

- L'objectif est de REMINERALISER les lésions précoces avant qu'elles n'évoluent vers des lésions plus importante et **d'arrêter l'activité** des lésions plus importante, avant qu'elles atteignent le stade de cavité.

- Une lésion arrêtée en zone non esthétique n'aura pas besoin d'être restaurée.

Identification du risque Carieux



Les recommandations doivent être individuelles

Assessing a patient's caries risk is essential in determining the appropriate level of preventive care. Previous caries experience is often the best indicator but several other factors should be considered when assessing risk.

| HIGH 3 or more incipient or cavitated primary or secondary caries lesions in the last 2 years | MODERATE 1 or 2 incipient or cavitated primary or secondary caries lesions in the last 2 years | LOW No incipient or cavitated primary or secondary caries lesions during the last 2 years and no change in the risk factors that may increase caries |
|--|---|---|
| Additional preventive measures are indicated: <ul style="list-style-type: none">• Patient education (oral hygiene, dietary counselling)• Protective factors (fluoride, sealants, salivary stimulation) | | No additional interventions indicated |

Risque HAUT :
>= 3 caries (débutantes ou cavitaires) dans les deux dernières années

Risque MODÉRÉ :
1 ou 2 caries débutantes dans les deux dernières années

Risque FAIBLE :
Pas de caries débutantes dans les deux dernières années, pas de changement de facteur de risque

Les recommandations « préventives » évoluent



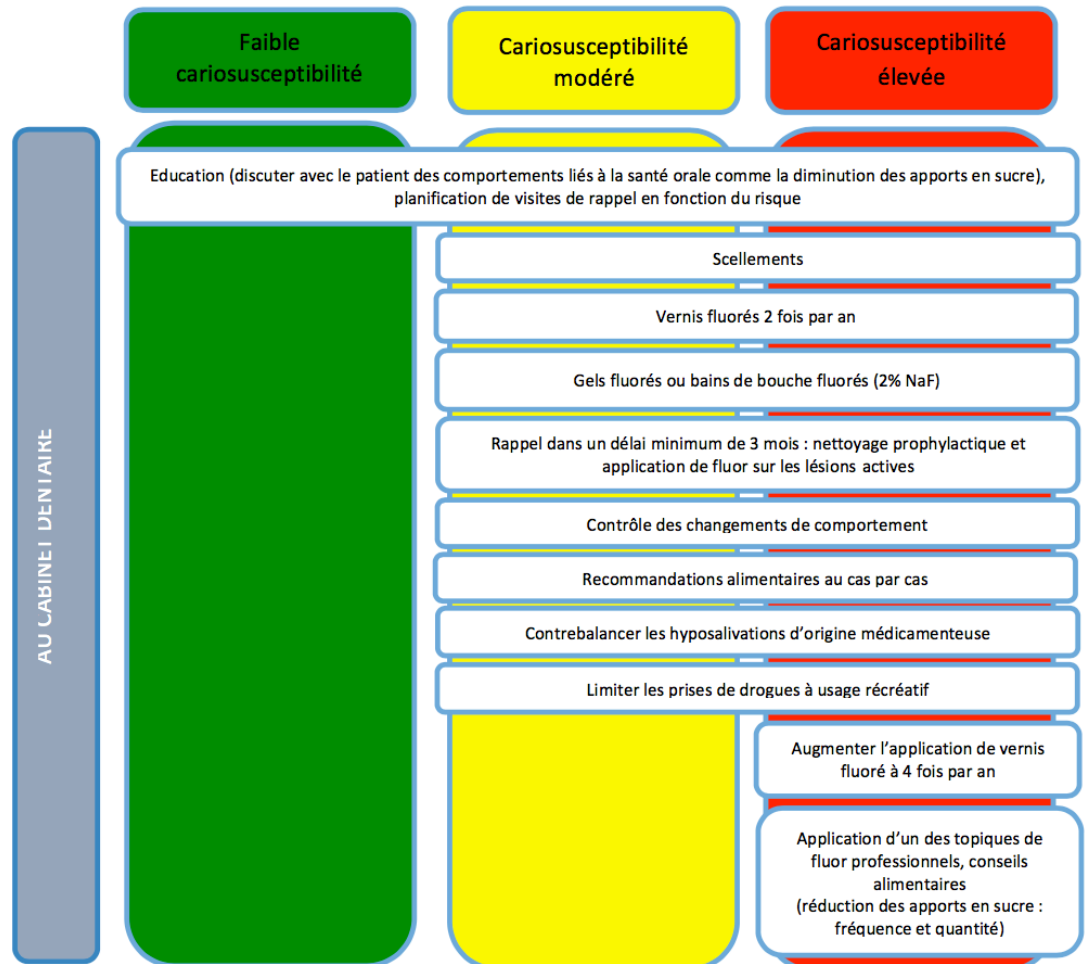
Les recommandations portent sur :

- Fréquence des visites
- Scellements
- Applications de vernis fluorés (de deux à 4 fois par an pour risque modéré / sévère)
- Conseils spécifiques

Les recommandations « préventives » évoluent

En fonction du groupe de risque

En fonction de l'âge du patient



Les recommandations « préventives » évoluent

En fonction de la sévérité, et de l'activité de la lésion, et de sa localisation

L'ICCMSTM permet au praticien de **connaître le protocole adapté pour chaque situation clinique.**

Voir guide complet

| Stades TM ICCMS | Face | Puits et sillons | Mésial-distal (proximal) | Faces lisses |
|--------------------------------|------|--|--|---|
| G _{Saine} | | Cario-prévention basée sur le risque (se référer à la précédente section) | | |
| G _{Initiale Active} | | Traitements non-invasifs : application topique de fluor au cabinet dentaire (SIGN 1---) ^{87,76} | | |
| | | Traitements non-invasifs : hygiène orale avec dentifrice fluoré (≥1000 ppm) (SIGN 1---) ^{51,66} | | |
| | | Traitements non-invasifs : nettoyage prophylactique professionnel (SIGN 3) ^{56,57} | | |
| G _{Initiale Inactive} | | Traitements non-invasifs : scellements résine (SIGN 1+,2-) ⁶⁵ | Traitements non-invasifs : scellements/infiltrations résine (SIGN 2-) ⁷⁸ | |
| | | Traitements non-invasifs : scellements CVI (SIGN 1---) ^{65,79} | | |
| G _{Initiale Inactive} | | Pas de traitement spécifique | | |
| G _{Moderée Active} | | Traitements non-invasifs : scellements résine (SIGN 2+) ^{80,82} | Séparation des dents recommandée pour mieux objectiver la perte de substance qui va orienter le choix thérapeutique (SIGN 2+&) ^{33,85,86} . Si lésion non-cavitaire : traitements non-invasifs. Si lésion cavitaire : traitements restaurateurs ultra-conservateurs (SIGN 1---) ⁸³ | Traitements restaurateurs ultra-conservateurs (SIGN 1---) ⁸³ |
| | | Traitements restaurateurs ultra-conservateurs (SIGN 1---) ^{83,84} | | |
| G _{Moderée Inactive} | | Aucun traitement (ni même traitement restaurateur ultra-conservateur) si la lésion constitue une zone de rétention de plaque (SIGN 1---) ⁸³ | Traitements restaurateurs ultra-conservateurs – raisons esthétiques (SIGN 1---) ⁸³ | |
| G _{Sévère Active} | | Traitements restaurateurs ultra-conservateurs (SIGN 1---) ⁸³ | | |
| G _{Sévère Inactive} | | Traitements restaurateurs ultra-conservateurs si la lésion constitue une zone de rétention de plaque ou si esthétique inacceptable (SIGN 1---) ⁸³ | Traitements restaurateurs ultra-conservateurs (SIGN 1---) | |

Tableau VIII. Gestion des lésions en denture permanente

| Stades ICCMSTM | OPTIONS THERAPEUTIQUES |
|--------------------------------|--|
| G _{Saine} | Cario-prévention basée sur le risque (se référer à la section précédente) |
| G _{Initiale Active} | Traitements non-invasifs <ul style="list-style-type: none"> • application topique de fluor au cabinet dentaire (verniss fluoré seul topique recommandé pour les enfants ≤ 6 ans) • hygiène orale avec un dentifrice fluoré (≥1000 ppm) dès l'éruption de la première dent • supervision du brossage par un adulte recommandée jusqu'à 8 ans • scellements résine/CVI (pour les faces proximales : scellements/infiltrations résine) |
| G _{Initiale Inactive} | Pas de traitement spécifique |
| G _{Moderée Active} | Traitements non-invasifs <ul style="list-style-type: none"> • scellements résine * • si le scellement n'est pas réalisable (difficulté pour isoler la dent), envisager la pose d'une coiffe pédodontique préformée Traitements restaurateurs ultra-conservateurs <ul style="list-style-type: none"> • dont les coiffes pédodontiques préformées pour les dents temporaires Pour les faces proximales : séparation des dents recommandée pour objectiver la perte de substance. Si lésion non-cavitaire : traitements non-invasifs. Si lésion cavitaire : traitements restaurateurs ultra-conservateurs dont les coiffes pédodontiques préformées pour les dents temporaires |
| G _{Moderée Inactive} | Traitements restaurateurs ultra-conservateurs si la lésion constitue une zone de rétention de plaque ou si esthétique inacceptable |
| G _{Sévère Active} | Traitements restaurateurs ultra-conservateurs <ul style="list-style-type: none"> • dont les coiffes pédodontiques préformées pour les dents temporaires Pour les dents temporaires : si un traitement restaurateur n'est pas réalisable, envisager la « Hall Technique » ou l'avulsion. |
| G _{Sévère Inactive} | Traitements restaurateurs ultra-conservateurs si la lésion constitue une zone de rétention de plaque ou si esthétique inacceptable |

Les recommandations « préventives » évoluent



- ❑ Revue Cochrane (2013) : 37-43 % de caries en moins avec l'application de vernis fluorés chez enfants et adultes
- ❑ 90% des municipalités ont proposé des vernis fluorés aux enfants au Danemark
- ❑ 4.1 Millions d'enfants ont reçu un traitement de vernis fluoré au Royaume Uni (2015-16), c'est le traitement le plus fréquent (35% pop)
- ❑ Recommandations vernis OMS, FDI, ADA : de 2-4 fois par an
- ❑ Rapport coût bénéfice pour l'assurance maladie de 1:8 (Suède)



+

Protocole Prévention

Protocole Prévention



Création d'un Forfait Prévention portant sur :

□ Des actes :

- *Evaluation des facteurs de risque généraux*
- *Evaluation du risque carieux individuel*
- *Evaluation de la sévérité et de l'activité des lésions carieuses*
- *Radiographies rétrocoronaires*
- *Nettoyage prophylactique*
- *Applications de vernis fluoré (2 à 4 fois/an)*

□ Des recommandations :

- *Education à la santé (hygiène orale, alimentation)*

Protocole Prévention

- ❑ Pourquoi un forfait ?
- ❑ La tarification à l'acte influence négativement la prise en charge préventive des patients (Cochrane 2013)
- ❑ Le forfait permet au praticien de choisir parmi les techniques les plus adaptées pour maintenir le patient en bonne santé : l'incitatif financier est maximal quand le risque du patient est diminué
- ❑ Plusieurs expériences concluantes en Suède, au Danemark, U.K., Espagne
- ❑ Le forfait est modulable en fonction du risque, ce qui permet d'éviter la sélection adverse

Protocole Prévention



- Possibilité d'instaurer des objectifs de santé publique interdisciplinaires :
 - Prévention de l'obésité
 - Prévention du diabète

- Enraye la spirale des soins de plus en plus invasifs (compulsive dentistry)

Protocole Prévention



- ❑ Cible visée: toute la population **dès la naissance, tous âges confondus**
- ❑ Mais dans le cadre conventionnel, une expérimentation pourra être menée sur:
 - une catégorie de population, ex: titulaires de la CMU
 - une ou plusieurs classes d'âge
 - une région
- ❑ Une prise en charge forfaitaire (forfait annuel), avec des objectifs définis en **fonction du risque du patient**

Protocole Prévention



□ Une évaluation nécessaire :

- Il est primordial de juger de l'efficacité du dispositif
- Opportunité de créer une **évaluation médico-économique du dispositif** (prévalence de la maladie avant après, ratio coût efficacité incrémental, modélisation)
- Si cela fonctionne, on généralise, sinon on corrige, mais au moins on avance

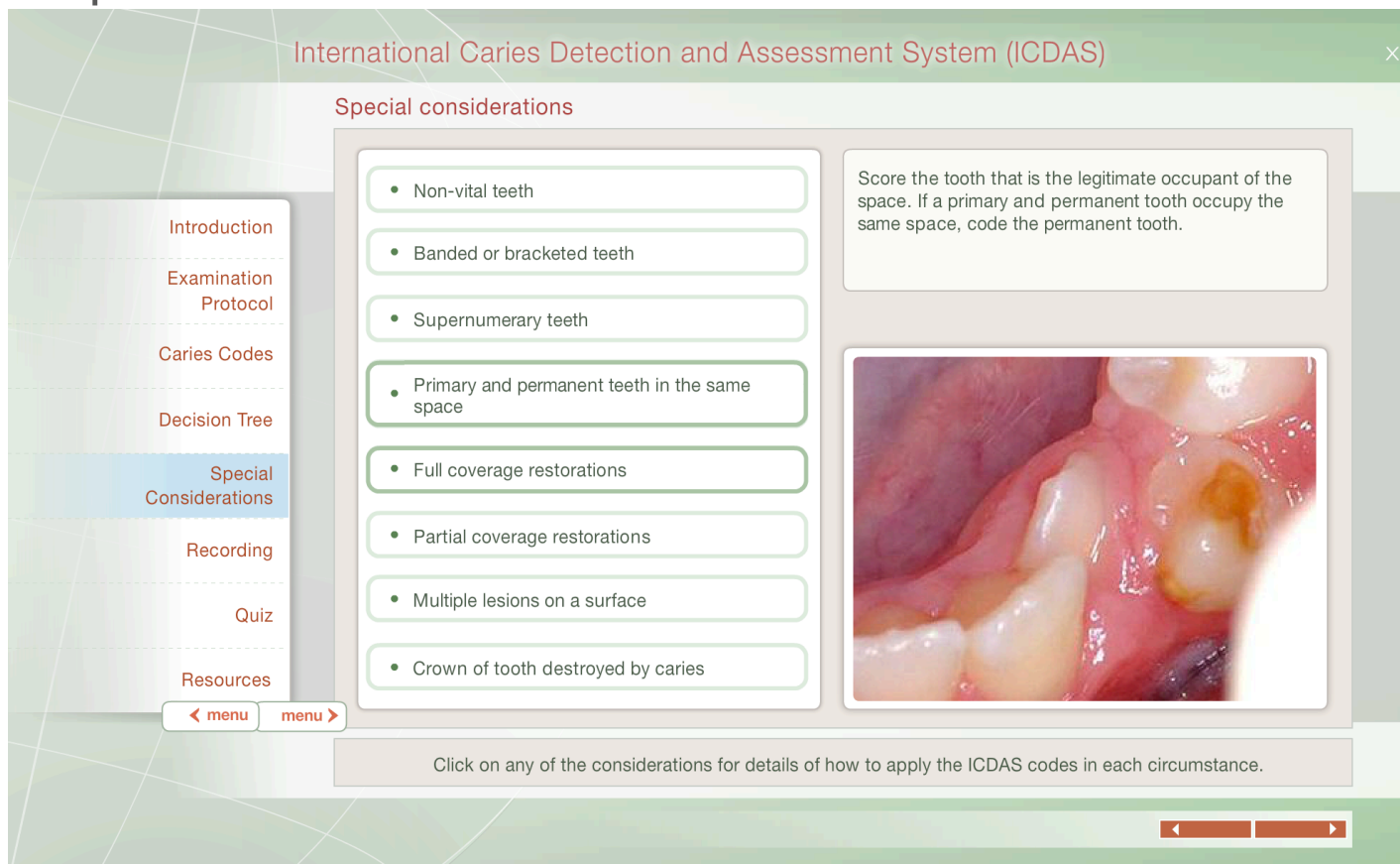
Protocole Prévention



- Une **évaluation par PROMs** (Patient-Reported Outcome Measures ou Mesure des résultats de santé perçus)
 - Approche moderne, le patient au centre de l'expérimentation
 - Permet de juger de l'efficacité du dispositif sur la santé bucco-dentaire, mais aussi sur la santé générale
 - Retours pour le praticien lui permettant d'améliorer ses techniques
 - Cf Colloque HAS du 16 novembre 2016

Protocole Prévention

- ❑ Le contenu des formations praticiens peut être enseigné en ligne, une grande partie est déjà disponible.




International Caries Detection and Assessment System (ICDAS)

Special considerations

- Non-vital teeth
- Banded or bracketed teeth
- Supernumerary teeth
- Primary and permanent teeth in the same space
- Full coverage restorations
- Partial coverage restorations
- Multiple lesions on a surface
- Crown of tooth destroyed by caries

Score the tooth that is the legitimate occupant of the space. If a primary and permanent tooth occupy the same space, code the permanent tooth.



Click on any of the considerations for details of how to apply the ICDAS codes in each circumstance.