



## UNE LOI POUR EN FINIR AVEC LE MERCURE DENTAIRE

### DOSSIER DE PRESSE

#### Contacts presse

Pour le Réseau Environnement Santé et Non Au Mercure Dentaire  
Geoffrey Begon – [namd.asso@gmail.com](mailto:namd.asso@gmail.com) – 06 52 58 46 06

Pour Michèle Rivasi et Europe Écologie Les Verts  
Célia Fontaine – [michele.rivasi@europarl.europa.eu](mailto:michele.rivasi@europarl.europa.eu) – 06 87 28 59 89

## Introduction

Tout concourt à abandonner l'usage du mercure dentaire, qui entre pour 50 % dans la composition de nos « plombages ».

La Convention de Minamata sur le mercure, signée au mois d'octobre dernier, constitue la première réglementation internationale sur une substance spécifique – ce qui démontre la dangerosité de cette substance. C'est l'une des plus toxiques que l'on connaisse, et elle doit à ce titre se voir éliminée de tous les usages, dès lors que l'on dispose d'alternatives.

Précisément, en Europe, tous les produits contenant du mercure et tous les procédés qui ont recours à ce métal sont progressivement prohibés. Seul l'amalgame dentaire, qui est pourtant la première source d'exposition au mercure sur notre continent, fait exception. Néanmoins, une série de rapports vient dénoncer le non-sens de cette situation.

Pour l'heure, **la France absorbe à elle seule le tiers du mercure dentaire en Europe et devrait en conséquence hâter sa transition vers une dentisterie sans mercure.** En Europe, la Suisse, la Géorgie, la Suède, la Norvège, le Danemark et l'Arménie l'ont déjà interdit. Rappelons que de nombreux pays, même parmi les plus pauvres, se sont également engagés à passer à une dentisterie sans mercure d'ici à 2015.

Nous demandons donc au gouvernement de passer à l'action et nous entendons être des forces de proposition en ce sens. Pour cela, **nous mettons sur la table les grands axes d'un projet de loi qui non seulement trace le chemin vers l'élimination des amalgames dentaires, mais qui donnerait en outre les moyens de moderniser considérablement notre dentisterie pour une meilleure sécurité de tous et pour une meilleure prévention de la maladie carieuse.**

## Programme

- **André Cicolella**<sup>1</sup> – Le mercure : une préoccupation majeure identifiée par la communauté internationale.
- **Michèle Rivasi**<sup>2</sup> – Le mercure dentaire dans le collimateur de l'Union Européenne.
- **Aline Archimbaud**<sup>3</sup> – Un premier rendez-vous manqué entre l'amalgame dentaire et le législateur français.
- **Marie Grosman**<sup>4</sup> – Les effets sanitaires du mercure dentaire.
- **Geoffrey Begon**<sup>5</sup> – Les grands axes d'une loi nécessaire.
- **Jean-Louis RoumeGas**<sup>6</sup> – La prise en compte des effets sanitaires de l'environnement doit devenir une évidence.

<sup>1</sup> Président du *Réseau Environnement Santé*.

<sup>2</sup> Députée européenne EELV, membre de la Commission de l'industrie, de la recherche et de l'énergie, membre suppléante de la Commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire.

<sup>3</sup> Sénatrice EELV, secrétaire de la Commission des Affaires sociales.

<sup>4</sup> Agrégée en Sciences de la Vie et de la Terre, spécialiste en santé publique, conseillère scientifique de *Non Au Mercure Dentaire* et Vice-présidente pour la région Europe de l'*Alliance mondiale pour une dentisterie sans mercure*.

<sup>5</sup> Délégué Général de *Non Au Mercure Dentaire*.

<sup>6</sup> Député EELV, membre de la commission des Affaires sociales.

## Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) désigne le mercure comme l'une des 10 substances les plus préoccupantes. Ce métal est un neurotoxique, un néphrotoxique, un immunotoxique et un perturbateur endocrinien. Le mercure métallique est classé cancérigène, mutagène et reprotoxique (CMR). Compte-tenu de la grande variabilité des sensibilités individuelles aux effets du mercure et de la très grande vulnérabilité de l'organisme en développement, il est impossible de définir un niveau d'exposition au mercure qui soit sans danger.

Les Nations ont pris la mesure des risques que représente le mercure : aussi trois années de négociations au sein du Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE) ont-elles abouti en octobre 2013 à la signature de la Convention de Minamata sur le mercure, par laquelle les États s'engagent à interdire la plupart des usages de ce métal et à réduire significativement leurs émissions de mercure dans l'environnement afin d'abaisser l'exposition des populations.

Les régions du monde n'ont pas attendu cette convention pour commencer à agir : l'Union européenne a adopté dès 2005 une stratégie communautaire sur le mercure, qui est en cours de révision : dans ce cadre, l'usage du mercure dans les équipements électriques, batteries et accumulateurs ainsi que dans les instruments de mesure est voué à disparaître<sup>7</sup>.

En France également, le PNSE2 formalisait l'exigence d'une réduction de 30 % des rejets de mercure dans l'environnement entre 2008 et 2013 : un défi irréalisable dans la mesure où l'on n'a pas voulu toucher aux amalgames dentaires.

Au niveau mondial, l'amalgame dentaire représente le quart de la consommation de mercure utilisé dans les produits<sup>8</sup>. En Europe, il s'agit de la seconde source de consommation de mercure, après l'industrie chlore alcali ; mais dans la mesure où celle-ci doit progressivement renoncer au mercure, l'amalgame arrivera très bientôt en tête.

Surtout, le mercure dentaire constitue la première source d'imprégnation des Européens au mercure. L'EFSA a relevé en décembre 2012 que « l'inhalation du mercure élémentaire des amalgames augmente significativement l'imprégnation en mercure, pouvant conduire à dépasser la dose hebdomadaire tolérable provisoire ». S'agissant des Français, ce constat ne peut être qu'aggravé puisque l'Agence nationale du médicament (ANSM) évalue qu'un quart des obturations en France se feraient encore à base d'amalgames – ce qui est très largement supérieur à nos voisins. Aussi, selon le dernier rapport BIOIS, la France arrive largement en tête de la consommation de mercure dentaire européen, puisque sa consommation représente le tiers de celle de l'Union Européenne.

En 2011, l'OMS a reconnu des effets délétères à l'amalgame dentaire, de sorte qu'elle invite les Nations à privilégier les alternatives. En effet :

- les enfants sont particulièrement sensibles aux effets neurotoxiques du mercure car leur système nerveux est en développement ;
- l'amalgame a été associé à des troubles généraux de santé ;
- la majorité des effets secondaires dus aux matériaux dentaires sont liés aux amalgames.

Tout récemment (septembre 2013), un rapport du SCHER a indiqué qu'en outre le mercure dentaire pourrait être une source importante d'intoxication indirecte : le mercure issu des cabinets dentaires, transformé, se retrouve en effet dans les poissons dans des quantités que certaines études estiment préoccupantes.

Tous ces signaux d'alerte exigent des réponses politiques. En 2011, le Conseil de l'Europe a adopté une recommandation invitant « à la restriction, voire l'interdiction, des amalgames comme matériaux dentaires ». En

<sup>7</sup> <http://ec.europa.eu/environment/chemicals/mercury/>

<sup>8</sup> Les batteries représentent un autre quart, de même que les instruments de mesure ; les lampes représentent un huitième et les équipements électriques le dernier huitième. Selon Marson, 2007.

2010 puis en 2012 l'agence BIO Intelligence Service a rendu deux rapports successifs à la Commission européenne, dans lesquels elle émet une proposition réaliste d'arrêt de l'amalgame à l'horizon 2018.

La Convention de Minamata sur le mercure, quant à elle, impose de réduire les émissions de mercure dentaire, et oblige les Nations à adopter au moins 2 mesures parmi les neuf suivantes :

- (I) Fixer des objectifs nationaux de prévention des caries dentaires et de promotion de la santé afin de minimiser le besoin en soins dentaires ;
- (II) Fixer des objectifs nationaux dans le but de diminuer leur utilisation ;
- (III) Promouvoir l'utilisation d'alternatives sans mercure d'un bon rapport coût-efficacité ;
- (IV) Promouvoir la recherche et le développement de matériaux sans mercure de qualité pour les obturations dentaires ;
- (V) Encourager les organisations professionnelles représentatives et les écoles dentaires à éduquer et former les professionnels dentaires et les étudiants à l'utilisation d'alternatives sans mercure pour les restaurations ;
- (VI) Décourager les polices d'assurance et les programmes favorisant l'usage des amalgames par rapport à celui d'alternatives sans mercure ;
- (VII) Encourager les polices d'assurance et les programmes favorisant l'usage d'alternatives sans mercure par rapport à celui des amalgames ;
- (VIII) Restreindre l'usage des amalgames à leur forme encapsulée ;
- (IX) Promouvoir l'usage des meilleures pratiques environnementales pour réduire les rejets de mercure et de composés de mercure dans l'eau et le sol.

Lors de la signature de la Convention, de nombreux États sur tous les continents se sont déjà engagés à interdire l'usage des amalgames dentaires sur leur territoire au plus tard en 2015 :

- **Amérique latine** : Equateur, Uruguay. En République Dominicaine, les amalgames sont déjà interdits.
- **Afrique** : Gambie, Centre-Afrique, Cameroun (interdiction en janvier 2014), Gabon, Zambie, Sud-Soudan, Ouganda, Madagascar, Ile Maurice. Au Zimbabwe, la décision a déjà été prise en 1984 : un décret du Président a fait de l'ART (une alternative utilisant le ciment verre ionomère) une priorité, de sorte que le mercure dentaire n'est plus en usage depuis longtemps.
- **Asie du Sud-Est** : Philippines, Bangladesh, Népal.
- **Océanie** : Nouvelle-Zélande, Iles Kiribati.
- **Europe** : Suisse, Géorgie. La Suède, la Norvège et la Suisse ont proposé un soutien financier et technique aux pays en développement désirant éliminer le mercure dentaire.

La France peut et doit rejoindre au plus tôt ces pays : il n'est pas justifiable de maintenir en usage un dispositif médical qui empoisonne le patient, le professionnel, les écosystèmes et la population en général ; qui, par transfert placentaire puis lors de l'allaitement, intoxique l'embryon, le fœtus et le nouveau né ; qui participe ainsi à l'émergence des maladies chroniques : hypersensibilités, maladies neurologiques, maladies mentales, troubles cardiovasculaires, résistance aux antibiotiques, etc.

Dans les dernières décennies, des avancées scientifiques et techniques considérables ont permis la mise sur le marché de nouveaux matériaux dentaires abordables, efficaces et présentant une longévité au moins équivalente à celle de l'amalgame. Il est donc possible, et cela doit même être une exigence fondamentale, de procurer au patient des dispositifs médicaux implantables sans substances toxiques (notamment neurotoxiques, CMR ou PE).

Mais encore, plusieurs pays ont établi sur des bases scientifiques de nouvelles stratégies très performantes pour éviter la carie et solutionner le problème en amont, avant qu'il ne devienne complexe et coûteux.

Aussi, plutôt qu'un simple renoncement à un matériau toxique, cette convention internationale doit donner au législateur l'opportunité de faire entrer dans la loi des avancées nécessaires et, pour certaines, très attendues, en matière de protection des travailleurs, d'information, de consentement et de sécurité des patients, et enfin de prophylaxie

## **I- Le calendrier de l'élimination**

---

La santé-environnement constitue une problématique émergente qui oblige à réviser considérablement le modèle d'une santé publique centrée sur l'offre de soins. Ainsi, ces dernières années, les chercheurs ont mis en lumière que de nombreux facteurs de risques avaient été trop longtemps ignorés, du fait que les Agences sanitaires ne disposent pas encore des outils d'évaluation nécessaires au repérage des effets sanitaires induits, par exemple, par les perturbateurs endocriniens, la téléphonie mobile, les expositions chroniques à faible dose ou par les effets cocktails.

Mais ces insuffisances ne doivent pas conduire à l'inertie. Le principe minimal de prévention qui doit s'appliquer en tout cas est le suivant : la dangerosité d'une substance étant avérée et en présence d'alternatives moins toxiques, il est obligatoire d'éliminer l'usage du produit dangereux.

Certes, la part du mercure dentaire dans la pollution globale au mercure est très difficile à quantifier ; certes, la part attribuable au mercure des amalgames dans l'incidence des maladies cardiovasculaires, neurologiques et émergentes est encore plus complexe à évaluer ; toutefois on dispose aujourd'hui d'abondantes études montrant des corrélations entre le mercure et de nombreuses pathologies, de sorte que le mercure doit être éliminé, si possible, de tous ses usages – à commencer, ne serait-ce que symboliquement, par ses usages médicaux qui devraient répondre au précepte « d'abord ne pas nuire ».

Ceci est d'autant plus vrai qu'avec la Convention de Minamata, le mercure est la seule substance qui soit contrainte à une réglementation internationale spécifique, ce qui lui donne de fait une place tout à fait particulière. L'amalgame doit donc être interdit au plus vite.

### **A - Interdiction du mercure dentaire à l'horizon 2018**

Cette option a été proposée par BIOIS à la Commission européenne. Elle ne règle certes pas tous les problèmes, car de nombreux Français portent encore des amalgames, qui continueront de polluer l'environnement et d'intoxiquer les professionnels qui travaillent dessus ; toutefois elle est la seule à pouvoir garantir, à terme, la protection de l'environnement, de la santé publique, des patients et des travailleurs.

En outre, cette interdiction sera en cohérence avec celles qui frappent les autres utilisations du mercure ; il serait injustifiable que le seul usage dont on permettrait le maintien soit un dispositif médical. Cette harmonisation est nécessaire, et ne pas s'y résoudre jetterait nécessairement un discrédit sur l'Agence du médicament et le ministère qui en a la tutelle.

L'interdiction doit donc être l'horizon en vue duquel s'élabore la réduction de l'usage des amalgames dentaires.

### **B - Déremboursement de l'amalgame et revalorisation des alternatives**

L'option du déremboursement a été choisie par la Suède au moment où elle souhaitait interdire le mercure dentaire alors que la Commission européenne estimait qu'elle n'en avait pas le droit, au motif que cette interdiction aurait constitué une entrave commerciale. Le déremboursement s'est avéré extrêmement efficace pour réduire très vite la consommation de mercure dentaire.

Ce déremboursement devrait avoir lieu en 2015 au plus tard. Il est en effet extrêmement choquant que la Sécurité sociale continue de rembourser un matériau dangereux pour l'environnement, la population et les praticiens.

Le déremboursement s'inscrit en outre dans une logique économique plus vertueuse. L'amalgame est le matériau le plus onéreux dès lors que l'on tient compte des coûts, aujourd'hui socialisés, liés à la pollution et aux problèmes sanitaires qu'elle engendre : il serait normal que ce coût se retrouve dans le produit au lieu d'être externalisé (principe du pollueur-payeur). Le praticien qui souhaite utiliser un amalgame doit donc le payer au prix fort et non, comme aujourd'hui, au rabais – en effet, l'amalgame est à ce jour économiquement avantageux pour le chirurgien-dentiste, puisque celui-ci l'achète moins cher et peut le poser plus vite que les alternatives,

alors que toutes les obturations relèvent de la même cotation. Ce système qui incite à la pose d'amalgames est insupportable.

## C - Interdiction immédiate d'obturer les dents de lait avec des amalgames

La pose de matériaux alternatifs à l'amalgame requiert une formation spécifique, en l'absence de laquelle ces alternatives, mal posées, présentent une longévité moindre que l'amalgame – ce qui n'est plus le cas lorsque ces matériaux sont convenablement utilisés<sup>9</sup>.

Dans le cas des dents de lait, toutefois, la moindre longévité du matériau invoquée à tort par la profession n'est pas un problème, puisque la dent ne restera en bouche que quelques années. On utilise ainsi du mercure pour un usage transitoire, et en sachant que les obturations concernées ne seront pas convenablement traitées, puisque les dents de lait ne seront pas rapportées vers le cabinet dentaire afin que le mercure soit récupéré dans un séparateur. En l'état actuel, ce mercure dentaire se retrouve donc de manière inacceptable au milieu des autres déchets.

Il faut ajouter que le mercure est un neurotoxique particulièrement dangereux pour le cerveau en développement, si bien que de nombreux pays recommandent d'éviter la pose des amalgames pour les enfants.

Il est donc à la fois possible et extrêmement souhaitable d'interdire immédiatement l'utilisation de mercure pour les dents de lait.

## D - Arrêt de la formation à la pose d'amalgame en faculté dentaire ; formation initiale et continue à la pose de matériaux alternatifs

Cette option a été choisie par la Suisse comme étape de transition vers l'interdiction, qui sera effective en 2015. La mesure peut, elle aussi, être mise en place immédiatement.

L'arrêt de la formation à la pose d'amalgames doit laisser plus de temps pour celle des autres matériaux, afin que les chirurgiens-dentistes puissent répondre de manière optimale, dans tous les cas, aux obturations à venir.

En particulier, les formations initiales et continues devraient permettre aux praticiens de s'approprier le ciment verre ionomère (CVI), encore très peu usité en France alors qu'il donne d'excellents résultats sans présenter les inconvénients majeurs des amalgames et des composites en termes de toxicité.

Rappelons enfin que l'usage d'alternatives, composites et CVI, permet de mieux respecter le tissu dentaire, puisqu'on en enlève beaucoup moins qu'avec l'amalgame ; les soins sont ainsi plus conservateurs et respectueux de l'intégrité de la dent.

## II- Les bonnes pratiques relatives à l'amalgame

L'interdiction d'usage des amalgames ne fera pas disparaître les existants. Or, à l'intérieur même du cabinet, tout travail sur amalgame va entraîner des dégagements importants de vapeurs de mercure, toxiques pour les professionnels comme pour les usagers. D'autre part, le recyclage du mercure doit obéir à des règles strictes afin qu'il ne se retrouve pas dans la nature. Enfin, les praticiens doivent apprendre à se protéger et à protéger leurs patients du mercure.

### A - Formation des professions dentaires à la toxicologie et aux bonnes pratiques

La formation initiale et continue des chirurgiens-dentistes doit être accompagnée d'un module d'enseignement sur la toxicité des matériaux dentaires, afin d'éviter que les praticiens ne reconduisent à l'avenir l'utilisation d'autres produits dommageables pour la santé de leurs patients comme pour la leur. Ce module leur

<sup>9</sup> NORDEN. **Mercury – reductions are feasible. Dental treatment without mercury is becoming the norm**, pp. 29-31. Copenhagen, 2010.

Mickenautsch S, Yengopal V, Banerjee A. **Atraumatic restorative treatment versus amalgam restoration longevity: a systematic review**. Clin Oral Invest 14:233–240, 2010.

Frencken JE, Taifour D, van't Hof MA. **Survival of ART and amalgam restorations in permanent teeth after 6.3 years**. J Dent Res, 85:622-626, 2006.

permettra également de comprendre et d'accepter la mise au ban de l'amalgame, qui bouscule des représentations culturelles fortes dans le métier.

Cet enseignement doit inclure les bonnes pratiques pour travailler sur les amalgames et les déposer, afin d'éviter que les professionnels et les patients n'inhalent des vapeurs de mercure. Il faudra enfin rappeler l'importance des recommandations formulées par l'Afssaps en 2005 concernant le cabinet, ainsi que la législation du travail.

Les assistantes dentaires doivent également bénéficier de cette même formation.

## **B - Application de la législation du travail pour les salariées enceintes**

La législation européenne du travail doit être rappelée et appliquée : les salariées enceintes (dentistes et assistantes) ne doivent pas travailler dans une pièce saturée en mercure pour ne pas compromettre la santé des bébés à venir.

## **C - Instituer des contrôles dans les cabinets pour éviter les infractions**

Aujourd'hui les cabinets dentaires sont laissés sans contrôle. L'expérience montre que les principes de déontologie ne suffisent pas à faire en sorte que tous les cabinets soient équipés de séparateurs ni qu'ils soient conformes à toutes les règles d'hygiène nécessaires à la sécurité du patient et des travailleurs. Il faut donc créer une instance chargée de ce contrôle.

# **III- L'information et la sécurité des patients/consommateurs**

---

La loi Kouchner de 2002 a inscrit avec force dans la Loi le droit du patient à un consentement éclairé.

Dans les usages, celui-ci n'existe quasiment nulle part, s'agissant de matériaux dentaires. Les Ordres départementaux ne jugent d'ailleurs pas que le praticien ait commis la moindre infraction déontologique lorsque celui-ci pose un amalgame à l'insu du patient ou, s'il s'agit d'un mineur, de ses parents.

Il faut donc que la Loi oblige les chirurgiens-dentistes à faire évoluer leurs pratiques et qu'elle formalise le contenu de ce qui doit être dit et affiché, à la fois pour que le patient puisse jouir de ses droits et pour éviter que ne se dégrade la relation de confiance nécessaire entre des patients toujours plus désireux de transparence et des praticiens qui n'entendraient pas ce besoin légitime.

Les praticiens seront prochainement contraints par la Loi de révéler à leurs patients, avant implantation, le lieu de provenance de leurs prothèses. L'augmentation du niveau d'information suit donc une pente sociétale générale.

## **A - Consentement éclairé**

Avant la pose de tout matériau dentaire, le patient devrait être informé :

- a. des différents matériaux qui peuvent être installés dans sa bouche, de leur coût respectif ainsi que des bénéfices et risques de chacune de ces options ;
- b. du fait que l'amalgame contient 50 % de mercure, une substance extrêmement toxique, neurotoxique, immunotoxique, reprotoxique, néphrotoxique, perturbateur endocrinien ; une substance qui contamine l'enfant de la femme (ou la future femme) qui le porte puis l'allait, avec un risque important pour le développement de cet enfant ; une substance, enfin, dont tous les États doivent réduire les rejets dans l'environnement. Après la Convention de Minamata, il n'est plus possible en effet de faire comme si le mercure était une substance comme les autres.

Ces informations doivent être produites sans ambiguïté au patient. Pour cela, elles doivent bénéficier :

- a. d'un affichage général dans la salle d'attente ;
- b. de la production d'un document écrit avant l'intervention qui sera signé par le patient ;
- c. d'une explicitation orale de ce document par le praticien – il ne s'agit pas, en effet, que celui-ci soumette à la va-vite la signature du document au patient.

## B - Des tests de toxicité sur tous les matériaux dentaires

L'évaluation du rapport bénéfice/risques passe par la mise en place systématique de tests de toxicité cellulaire pour tous les matériaux dentaires.

## C - Interdiction a priori de mise ou de maintien sur le marché de matériaux dentaires contenant des CMR, des PE ou des neurotoxiques dès lors qu'existent des alternatives

Le Parlement européen a approuvé par vote, le 22 octobre, cette mesure de protection des patients pour tous les dispositifs médicaux qui exposent ceux-ci directement à des substances toxiques. Le refus de cette précaution serait indéfendable.

## IV- Une médecine dentaire centrée sur la prévention

Jusqu'à aujourd'hui prévaut en France une approche essentiellement curative, qui ne permet pas d'enrayer de manière satisfaisante la dégradation de l'état dentaire et gingival, génératrice de maladies potentiellement graves et aux coûts élevés, à la fois pour la Sécurité sociale et pour le patient.

Or, la première mesure à laquelle invite la Convention de Minamata pour réduire l'usage du mercure est précisément la lutte contre la maladie carieuse. Dans notre pays, une limite systémique se pose quand l'un des principaux acteurs du programme de prévention, l'UFSBD, est financé par l'industrie du sucre dont elle défend les intérêts<sup>10</sup>.

Certes, selon les derniers chiffres établis par la Drees<sup>11</sup>, la maladie carieuse a enregistré un net recul dans les 20 dernières années ; toutefois deux constats importants modèrent cette amélioration.

D'une part, les derniers chiffres disponibles indiquent que l'indice CAO (nombre moyen de dents Cariées, Absentes ou Obturées) en France à 12 ans est de 1,2 ; la Suède les Pays-Bas et la Belgique étaient à 0,9 selon les dernières estimations ; l'Allemagne, le Royaume-Uni et le Danemark à 0,7. La France dispose donc à l'évidence d'une marge de progression, qui passe par la médecine préventive. Dans un eurobaromètre consacré à la Santé Dentaire, de février 2010, un questionnaire met en évidence un important facteur d'explication : les Français se rendent beaucoup trop tard chez le dentiste. Alors qu'aux Pays-Bas 79 % des sondés expliquent que leur dernière visite chez le dentiste était pour un simple examen (et 8% pour un traitement d'urgence), en France 37 % seulement rencontraient leur dentiste pour un examen, et 31 % pour une urgence.

Par ailleurs, près de 20 % des enfants français cumulent 80 % de la pathologie carieuse<sup>12</sup> ; le plus souvent, ces enfants appartiennent à des groupes socio-économiques défavorisés : pour exemple, en maternelle, 4 % des enfants de cadres ont au moins une carie non soignée, contre 23 % des enfants d'ouvriers.

La fin de l'amalgame doit donc être l'occasion, d'une part, d'une modernisation des soins dentaires, avec la mise en place d'une prophylaxie dentaire individualisée telle que l'ont mise en place tous les pays en pointe dans la lutte contre les caries ; et d'autre part d'une réduction des inégalités sociales de santé, comme c'est le cas pour les autres programmes de santé publique.

## A - Le repérage et l'éducation des populations à risques

Cette mission doit être ramenée dans le giron public et coordonnée par une branche de l'INPES convenablement dotée. Après des actions générales de repérage telles qu'elles ont déjà lieu auprès, notamment, des scolaires, il est nécessaire de se concentrer sur le cinquième de la population à fort risque de pathologie carieuse chronique, en apportant aux individus concernés une éducation personnalisée à visée préventive.

<sup>10</sup> Voir le dossier de NAMD sur ce sujet : <http://www.non-au-mercure-dentaire.org/les-dossiers.php?article=197>

<sup>11</sup> *Études et résultats* de juillet 2013

<sup>12</sup> Droz D, Guéguen R, Bruncher P, Gerhard J-L, Roland E. Enquête épidémiologique sur la santé bucco-dentaire d'enfants âgés de 4 ans scolarisés en école maternelle. Archives de Pédiatrie. 2006 ; 13(9) : 1222-1229.



## **B - La mise en place d'une prophylaxie dentaire individualisée**

Les études cliniques dirigées par le Suédois Per Axelsson ont montré l'intérêt de cette approche, que se sont appropriés tous les pays pratiquant une dentisterie moderne. Cette démarche procède notamment d'analyses bactériennes, d'études alimentaires, de scellement des sillons, de détartrage et polissage des surfaces dentaires et de reminéralisation pour éviter la survenue de caries et de gingivites.

La très grande majorité de ces actes se trouve actuellement hors nomenclature, de sorte que la prophylaxie se fait soit au détriment des finances du dentiste, ce qui n'est pas acceptable ; ou bien elle se voit réservée à la population qui peut s'offrir ce « luxe » – situation qui est à la fois profondément injuste et socialement contreproductive, puisque c'est précisément la population défavorisée qui est à fort risques carieux et qui va donc coûter cher par la suite à la Sécurité sociale.

Il faut donc valoriser ces actes de prophylaxie. Ce qui peut sembler une dépense supplémentaire pour la Sécurité sociale permettra en fait rapidement de faire des économies via notamment une réduction des actes d'obturation.

## **C - L'inscription des assistantes dentaires dans le Code de la santé publique**

Un rapport de l'Igas préconisait en 2010 cette inscription, assortie d'une qualification initiale harmonisée et d'un élargissement des compétences imparties au métier : elles pourraient ainsi faire de l'enseignement à l'hygiène et du conseil, dans le cabinet mais aussi au dehors, notamment en milieu scolaire, en EHPAD et dans les lieux de détention. Ces actions seraient prises en charge par l'assurance maladie.

## **D - création du métier d'hygiénistes dentaires**

Tous les pays qui ont mis en place une démarche de prophylaxie dentaire individualisée utilisent des hygiénistes dentaires, qui travaillent dans le cabinet en collaboration étroite et sous le contrôle du chirurgien-dentiste. Leur rôle consiste à dépister les maladies buccodentaires et à exécuter les traitements qui préviennent la survenue des caries et des gingivites.

Avoir à ses côtés une hygiéniste dentaire permettrait de fait au chirurgien-dentiste de développer les techniques de prophylaxie dentaire et constituerait par conséquent un accélérateur considérable au développement général de ces techniques.

Les assistantes dentaires et les infirmières spécialisées pourraient accéder à ce métier après une formation spécifique.

Les hygiénistes dentaires déchargeraient ainsi les chirurgiens-dentistes, afin que ceux-ci puissent se consacrer aux gestes plus techniques.