



## ACADÉMIE NATIONALE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Reconnue d'utilité publique depuis 1964

**Commission législation composée au moment de sa rédaction de :** P. BRENIER, J-P BRUN, M. DAAS, M. LANDRU, D. MIRISCH, P. ROCHER, P. SIMONET, G. SORNIN, Y. SOYER, J-P VASSAL.

Dossier coordonné par : J-P BRUN, P. BRENIER et M. DAAS

### LES SURTRAITEMENTS EN ODONTOLOGIE

#### Préambule :

Le surtraitement est une question récurrente au cours de notre activité. Il s'agit de la réalisation d'examens médicaux, de soins et de travaux qui ne sont pas médicalement nécessaires ou bénéfiques pour le patient. Il s'en suit un traitement dépassant les nécessités requises et devenant alors inutile, voire nuisible

1-Tous les domaines de l'odontologie sont impliqués : blanchiments, dépose d'amalgames, restaurations conservatrices, fermeture de diastèmes, facettes, avulsions dentaires, traitements radiculaires ainsi que leurs éventuelles reprises, implants dentaires, techniques orthodontiques, y compris les traitements par aligneurs. Plus généralement, le surtraitement comprend tous les traitements excessifs et/ou invasifs et qui vont au-delà des indications de soins admises dans la limite du « *service rendu au patient* », élément clé de tout traitement.

2-La surmédication fait également partie des surtraitements : prescriptions inutiles ou redondantes lors d'atteintes de l'organe dentaire, des tissus mous ou en présence de lésions périapicales. (1)

3-La profession de chirurgien-dentiste traverse une situation particulière aux causes multiples : nomenclature complexe et contraignante dans son application, augmentation des charges administratives, surcoût des infrastructures, besoin de professionnels assistants(es) pour répondre aux besoins de prévention, nécessité de formation continue certes indispensable, mais coercitive (2), sans oublier les exigences accrues, parfois excessives et inadaptées des patients pouvant faire céder le praticien face à celles-ci.

L'ensemble de ces constatations pourrait induire une baisse de qualité de la prise en charge des patients, entraînant un surcoût pour la santé publique, à la fois financier et sanitaire, et finalement pénalisante (3, 4) Il est donc urgent, pour toutes les parties, de préserver, voire de réinventer un système de santé efficient qui améliore l'offre actuelle.

4-La déontologie professionnelle est fondamentale dans l'appréhension de cette question : le 24 septembre 1945, les pouvoirs publics ont confié à l'Ordre des chirurgiens-dentistes une triple compétence :

- Administrative : accès à la profession par l'inscription au Tableau,
- Réglementaire : l'Ordre intervient dans la réglementation de la profession,

- Juridictionnelle : contrôle et action disciplinaire à l'encontre des praticiens responsables de manquements.

Cette déontologie est un ensemble étudié de devoirs moraux et sociaux que les membres de notre profession doivent observer afin d'aboutir à une cohésion des comportements au cours de leur exercice.

On distingue dans ces devoirs :

- Ceux qui relèvent des principes moraux multiséculaires et transculturels, notamment l'article R 4127-211 du Code de la Santé qui précise que le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients (5).
- Ceux qui découlent des obligations professionnelles, générales ou sectorielles, liées à l'application des lois et des règlements en vigueur, et qui constituent en quelque sorte des devoirs liés à une situation occasionnelle. Dans le cadre de l'évolution du Code de déontologie, l'exercice professionnel est passé de l'art dentaire à la médecine bucco-dentaire, avec d'importantes transformations techniques et matérielles.

Enfin, par définition, la mission première de notre Code de déontologie (partie prenante du CSP), est de prioriser la protection de la Santé

*« La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants ».* (6)

Du point de vue sociétal, les relations humaines liant le patient à son praticien se sont aussi modifiées. Le contrat de soins actuel que tout praticien doit respecter a mis un terme au paternalisme médical du passé. Il s'inscrit dans les besoins et les attentes nouveaux des patients et de la société envers notre profession, notamment l'obligation d'informer le patient des risques encourus lors de la mise en œuvre de son traitement et celle du recueil de son consentement dit « éclairé ». En cas de litige, la charge de la preuve incombe au professionnel de santé (7).

Enfin, la pression financière exercée sur les professionnels libéraux n'a cessé de croître ; d'autres modes d'exercices se sont développés au sein desquels l'organisation des soins elle-même montre un risque de mise en péril des principes fondamentaux de la déontologie médicale.

Ainsi, certains centres de santé loi de 1901 ont pu dériver vers un exercice dévalorisé en privilégiant la réalisation des actes les plus rémunérateurs avec des agendas dédiés, comme le fait de fermer les centres le mercredi (8).

Il convient de rappeler l'existence du sous-traitement, le pendant du surtraitement, qui peut-être tout autant nuisible par incompétence ou abstention thérapeutique par diagnostic inadapté.

Avant d'envisager toute intervention visant à répondre à une demande d'amélioration esthétique, le praticien devra prioritairement traiter toute pathologie déclarée ou potentielle (9).

## **Le surtraitement procède de 4 causes identifiées.**

Déclinées par ordre décroissant d'importance.

### ***1) Insuffisance de connaissances : (dite « insuffisance professionnelle »)***

Elle amène à poser un diagnostic incorrect et suggère une pratique insatisfaisante, ce qui entraîne :

- Une anamnèse inadéquate nécessaire à l'historique clinique détaillé,
- Un sens clinique et donc un examen clinique défaillant, entraînant un diagnostic plus ou moins erroné et par voie de conséquence, un plan de traitement inadapté. Tout cela étant la conséquence d'une absence plus ou moins importante de la formation continue face à des disciplines en constante évolution.
- Une pratique irrégulière de certains actes cliniques entraînant une incompétence plus ou moins importante : l'expérience étant à la source d'une pratique continue.

La conséquence de ce qui précède en est une activité qui pourrait orienter un praticien vers un type de traitement unique qu'il maîtrise, sans autre forme de réflexion. Ceci est une cause majeure du surtraitement dans une profession aujourd'hui orientée vers une pratique minimalement invasive. Inconscient des limites de sa compétence, de ses lacunes et par méconnaissance de l'éventualité dans l'ignorance d'un traitement mieux adapté, ce praticien ne prendra pas la décision d'orienter son patient vers un confrère plus qualifié. Dans cette situation, l'absence d'information en faveur d'un traitement alternatif pourra être considérée comme un manquement en cas de litige, résultant en ce qui est considéré par les Tribunaux comme « une perte de chance » pour le patient de ne pas avoir bénéficié d'un traitement plus adapté ou conservateur. L'exemple classique est la réalisation d'un bridge de trois éléments sur des dents piliers saines sans la proposition d'un implant unitaire, en lieu et place de la seule dent manquante.

Il est donc souhaitable que la fréquence des surtraitements due à une incompétence professionnelle à la lumière des recommandations actuelles de bonne pratique soit considérablement réduite.

Il faut noter l'insuffisance de la formation juridique globale de la profession.

Le praticien, se sentant libéré par la signature d'un consentement éclairé, l'interprète souvent comme une décharge à son plan de traitement.

La formation initiale qui permet d'exercer la profession de chirurgien-dentiste requiert un minimum de 6 ans d'études, et jusqu'à 8 ou 9 ans pour les seules spécialités que sont l'orthodontie, la chirurgie orale ou la médecine bucco-dentaire.

Toutes ces formations débouchent sur un diplôme d'état indispensable pour exercer. Elles sont maintenant suivies d'une formation continue obligatoire par le biais du DPC (Développement Professionnel Continu) qui impose au praticien de se former tout au long de sa carrière (2). Depuis le 1er janvier 2023, la Certification périodique pour tous les Professionnels de Santé est effective, les chirurgiens-dentistes devant effectuer, au cours d'une période de 6 ans, un programme minimal d'actions, notamment celle d'une amélioration des connaissances et des compétences, ainsi que ses propres pratiques professionnelles.

La conséquence fondamentale est la nécessaire et indispensable formation actualisée du praticien.

## *2) Insuffisance de données scientifiques.*

On rappellera encore le principe de base défini par le premier alinéa de l'article R.4127-233 du CSP : « *Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige à lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science...* » Celles-ci sont parfois encore en attente de clarté ou de consensus professionnel.

20 % des dents ayant bénéficié d'un traitement canalaire réussi selon l'imagerie périapicale conventionnelle présentaient des radioclastés CBCT supérieures à 1 mm. Étant donné que ces radioclastés ne sont pas nécessairement des modifications pathologiques, les cliniciens sont invités à ne pas les traiter de manière excessive avant d'avoir déterminé la nature réelle de ces résultats. Des études cliniques avec un suivi à long terme sont nécessaires pour déterminer la marche à suivre appropriée dans ces cas.

Il n'existe pas à ce stade de consensus pour définir si cette image représente une cicatrisation incomplète ou si la maladie périapicale s'installe et/ou perdure. (10).

Certaines données scientifiques sont parfois encore en attente de clarté ou de consensus de la profession.

## *3) Demande inadaptée du patient, amenant au mercantilisme.*

Lorsqu'elle est utilisée comme seul critère de décision d'un plan de traitement, elle devient l'objet d'un surtraitement, notamment en dentisterie cosmétique, qui peut orienter la relation praticien/patient vers des propositions thérapeutiques basées sur un aspect plus commercial que médical. Plus abruptement dit, à une forme de commercialisation de la connaissance médicale

par la volonté ou l'envie de réaliser l'inutile ou le superfétatoire. Ceci va à l'encontre du respect du Code de déontologie.

Ce paramètre manifesté par un traitement inutile, effectué volontairement ou par un choix désavouable, mais fortement suggéré, reste une cause majeure dans les dépôts de plaintes des patients.

Elle s'instaure par :

- Une crainte de perdre un patient et donc de diminuer la rentabilité de son activité.
- La pression indirecte de l'industrie, en incitant les praticiens à étendre leur domaine de capacité vers de nouvelles activités (aligneurs, dentisterie work-flow, acide hyaluronique...) pouvant guider certains vers la recherche d'une meilleure rentabilité de leur exercice en proposant des formations rapides, minimales et souvent insuffisantes pour acquérir une vraie capacité compétence professionnelle.

Ces situations marginales sont le côté sombre de la profession. Elles peuvent entraîner de lourdes sanctions pénales et ordinales et vont dans tous les cas, à l'encontre du respect du CSP. Plus rarement, mais de plus en plus régulièrement observé pour l'une ou plusieurs de ces causes, le praticien peut être amené à céder à une demande forte et irréaliste du patient, notamment dans le domaine esthétique.

Dans ce cadre, le risque de surtraitement doit faire l'objet d'une attention particulière, car il se situe aux confins de la dentisterie. Cette tendance est en forte progression depuis quelques années. Elle reste difficile à gérer même pour le praticien le mieux intentionné.

Une compétence adéquate de celui-ci, notamment dans ce domaine de l'esthétique, se doit d'être acquise et entretenue régulièrement, dans un cadre pluridisciplinaire ou plus spécialisé selon l'activité.

Cette demande du patient nécessite de la part du praticien une connaissance de l'anatomie, de la morphologie, du support des lèvres, de la qualité du parodonte et des lignes du sourire. Elle requiert également une connaissance des réactions tissulaires du patient et de sa psychologie. Elle est parfois exprimée de manière floue. Le résultat pourra être éloigné de celui attendu, en raison d'une information donnée de manière incomplète. L'information directe d'une demande inopportune du patient sur le risque de surtraitement consisterait en un traitement inutile, selon les faits avérés de la science, réalisé par convenance esthétique ou financière.

Un domaine difficile à appréhender pour un résultat totalement prévisible est celui des pathologies liées aux relations occluso-squelettiques, voire ostéopathiques. Cette branche de la dentisterie requiert une formation et une expérience précises, ainsi qu'une pratique régulière nécessitant des connaissances particulières, notamment en neurologie. Un praticien insuffisamment formé et sans réponse claire à fournir à son patient aura tendance à procrastiner en réalisant une orthèse occlusale, sans suivi suffisant, allant même jusqu'à entretenir des douleurs. L'expérience post-formation est ici fondamentale.

#### **4) *Influence actuelle des réseaux sociaux et pression médiatique (11,12)***

À l'ère du numérique, de nouvelles normes esthétiques sont souvent dictées par des images idéalisées, retouchées et partagées en ligne. La beauté s'illustre ainsi virtuellement comme une entité malléable, influencée et redéfinie par des tendances soumises par les réseaux sociaux.

À la date de la rédaction du présent dossier, les réseaux sociaux numériques sont une sous-partie des médias sociaux qui se divisent eux-mêmes en sous-catégories : réseaux sociaux numériques de contact comme Facebook, de publications avec les micro-publications comme Twitter devenu X, les vidéos comme TikTok et les photos comme Instagram.

Aujourd'hui, à l'échelle mondiale, 60,6 % de la population est sur les réseaux sociaux contre 80,5 % de la population à l'échelle française, soit par mois, environ 52,10 millions de personnes.

L'apparence physique a pris une place prépondérante dans les préoccupations contemporaines, se reflétant dans la recrudescence des interventions de médecine ou de chirurgie esthétique et dentaire. Le sourire, en tant qu'élément essentiel du visage, fait partie de cette vénération de la beauté. De plus en plus, la demande croissante de patients s'associe à une exigence parfois motivée par des attentes injustifiées relevant de la dysmorphophobie qui peut influencer sur l'objectivité à des défauts perçus par le patient, mais pas par le praticien (13).

L'évolution de l'esthétique dentaire ne se limite plus à l'émergence de nouveaux besoins ou aux progrès de l'odontologie, mais elle concerne plus largement les réseaux sociaux. Devenus une vitrine, ils sont des canaux de communication qui façonnent maintenant les normes esthétiques en ce qui concerne l'apparence dentaire. À terme, cela se traduit par la réalisation de plus d'interventions à visée esthétique.

On constate que l'impact des médias sociaux va au-delà de la simple création de normes esthétiques et contribue à la croissance d'un marché axé sur l'amélioration de l'apparence physique.

Une étude de 2022 relative à l'impact des réseaux sociaux sur la réalisation de soins esthétiques dentaires révèle que 71,8 % des personnes interrogées, utilisant les réseaux sociaux au moins une fois par jour, ont manifesté un intérêt pour la réalisation de soins esthétiques dentaires.

On retrouve aujourd'hui sur internet d'innombrables vidéos et tutoriels à type D.I.Y (DO IT YOURSELF) : anglicisme signifiant en français « faites-le vous-même » ou « fait maison ». Pléthore de publications mises en ligne reprenant des techniques et astuces de beauté faciale et dentaire, promet un sourire aligné, une blancheur éclatante, et ce, sans avoir à consulter un chirurgien-dentiste.

La promotion de ces pratiques visant à utiliser du jus de citron, du bicarbonate de soude pour les éclaircissements ou un trombone, du fil de fer et des élastiques pour « aligner » les dents, devient un véritable fléau pour la santé bucco-dentaire.

Alors qu'un nouveau marché voyait le jour, des industriels n'ont pas lésiné sur les moyens de communication afin de mettre au point eux aussi leurs propres propositions techniques.

Pendant que les campagnes publicitaires sur internet concernant l'alignement dentaire battent leur plein, une enquête de la Fédération Française d'Orthodontie, du 7 novembre 2023, sur les « D.I.Y » révèle que 42 % des Français se disent intéressés par les techniques d'alignement par gouttières, atteignant même 64 % chez les 25-34 ans. Parmi eux, 27 % déclarent ne pas savoir qu'un tel dispositif doit faire l'objet de contrôles réguliers par un professionnel de santé.

Si 93 % des personnes ayant eu recours à un traitement par aligneurs sont passées par un chirurgien-dentiste, la moitié d'entre elles avaient initialement hésité à faire appel à une structure en ligne, et 6 % ont finalement opté pour ce type de service.

De plus, d'anciennes tendances ont été repopularisées, à l'image des bijoux dentaires sur TikTok et Instagram. Les vidéos se référant à #toothgems cumulent des millions de vues. Cela également s'inscrit dans une tendance de mode où les médias sociaux exercent un véritable martèlement sur les consciences.

L'utilisation accrue des réseaux sociaux est significativement corrélée à une modification de la perception individuelle de l'esthétique dentaire. Les plateformes visuelles semblent inciter les utilisateurs à accorder une importance croissante à l'aspect esthétique de leur sourire.

Cet impact peut être particulièrement néfaste pour les individus les plus fragiles et influençables. Au-delà de l'impact psychologique des expositions sur les réseaux sociaux, on souligne que 91,1 % de la profession estime que l'augmentation des publications de dentisterie esthétique a entraîné une hausse de la demande, soulignant que, dans la majorité des cas, cette demande n'est pas pertinente. Cette disparité de perspectives met en évidence un écart significatif dans la manière dont les expositions sur les réseaux sociaux sont perçues et évaluées (14).

Enfin, l'évolution de la démographie professionnelle doit être citée :

des praticiens en provenance d'universités européennes peuvent avoir reçu un enseignement plus spécifique de l'approche thérapeutique du pays de leur formation.

Maintenir l'intégrité de la profession dentaire et assurer des soins esthétiques de qualité pour les patients est primordial. En s'attaquant à ces défis éthiques et légaux, la dentisterie esthétique doit évoluer de manière responsable dans le monde numérique en constante mutation.

### **Conséquences cliniques des surtraitements**

- Une iatrogénicité sur des dents ou un parodonte sain entraînant un délabrement.
- Des dents qui pourraient être conservées plutôt qu'avulsées.
- Une transformation du support des téguments avec des conséquences esthétiques.
- Un inconfort, une perte de fonction et le changement inattendu d'un visage dans la zone concernée.
- Une mutilation volontaire ou involontaire.
- Une exacerbation de douleurs orofaciales.

Cette iatrogénicité peut être associée à la perte de fonction d'un organe sain. Le résultat esthétique obtenu hors du projet thérapeutique, et en décalage avec la demande initiale du patient, sera générateur de conflits. Il est en effet compliqué de se mettre en adéquation avec une demande elle-même imprécise du patient. Des supports de résultats simulés à présenter au patient sont donc indispensables afin de confirmer la demande exprimée.

### **Aspect déontologique lié à l'une des 3 causes de surtraitement.**

Les principes moraux et transculturels déjà évoqués peuvent être ainsi transgressés dans le cadre du surtraitement et pénaliser la profession elle-même. Une reformulation simple de ces principes est importante pour préciser les obligations professionnelles liées à l'application des lois et règlements en vigueur dans la médecine bucco-dentaire actuelle.

Il faut, dans ce cadre, rappeler la « désaffection » pour la pratique des soins primaires au bénéfice des soins « de niche », exclusifs, affichés comme spécialités qui n'en sont en réalité pas (12, 15) avec son aspect financier tant pour le patient que pour la collectivité (assurance maladie, complémentaire de santé) : un surcoût non justifié

### **Aspect assurantiel**

La position des assurances dans ces situations de surtraitement fait débat. Elle pourrait se retourner contre le praticien n'ayant pas respecté le CSP. Ce dernier serait responsable de l'indemnisation des dégâts générés en cas de surtraitement ayant entraîné une mutilation, ce qui relève du pénal et non plus du civil.

### **Aspect juridictionnel**

Le mécontentement d'un patient, en conséquence d'un préjudice allégué envers un praticien, risquerait d'avoir une influence néfaste sur l'image de la profession, s'il est médiatiquement diffusé

En cas de plainte d'un patient devant les tribunaux, un expert sera missionné par le Juge afin d'évaluer la réalité d'un éventuel surtraitement. Mais le mal serait déjà fait, car le patient, non systématiquement conscient de ce type de déviance, n'en fera grief qu'après le constat d'un résultat trop éloigné de sa demande, parfois lors de conséquences douloureuses, inconfortables et négatives sur le plan esthétique ou plus habituellement après consultation chez un autre praticien. Ce paramètre pose la question d'un préjudice allant croissant avec le temps en s'exacerbant avec le temps.

Il convient donc de respecter le principe du « *primum non nocere* » pour éviter toute nuisance supplémentaire. La littérature analysée semble montrer que les surtraitements ou les surdiagnostics sont plus généralement dus de manière directe ou indirecte à une insuffisance de connaissance du praticien.

## Propositions

1— La notion majeure de « *gradient thérapeutique* » allant de « conservateur à mutilant » participera à l'élaboration de recommandations pour évaluer la gravité du surtraitement.

Une déclinaison de la « valeur traitement » pourrait être un moyen d'établir un exercice selon des recommandations de bonnes pratiques, responsable et non pénalisant pour tous, ainsi que pour les finances publiques. Le principe d'une adaptation du gradient thérapeutique va en faveur de cette « valeur traitement ».

L'impératif biologique, avec son expression essentielle qu'est la préservation tissulaire, doit être pris en compte dans chaque proposition thérapeutique afin d'éviter tout surtraitement. En effet, la préservation tissulaire est devenue aujourd'hui un préalable indispensable à tout traitement de dentisterie moderne. Pour répondre aux demandes esthétiques de plus en plus nombreuses, le chirurgien-dentiste a accès à une série de thérapeutiques. Ces thérapeutiques doivent être classées au sein d'un « gradient thérapeutique » depuis la plus conservatrice jusqu'à la plus mutilante. Du moins au plus mutilant : orthodontie, éclaircissement/micro-abrasion, méga-abrasion, stratification, facettes, Inlay/onlay, couronne périphérique, extraction et implant, selon Gil Tirlet et Jean Pierre Attal Inf. Dentaire. 2009. (16).

Ce concept pratique de traitement existe depuis un certain nombre d'années.

Il permet de guider la réflexion du praticien devant une demande esthétique et de proposer un traitement adapté. L'idée maîtresse est que les réponses thérapeutiques à la demande esthétique croissante de nos patients doivent se faire dans l'optique d'une préservation tissulaire maximale. D'où le classement des différentes thérapeutiques esthétiques sur un axe horizontal de la moins mutilante à la plus mutilante. Il s'agit pour le praticien, face à une demande esthétique et/ou dans un cas de réintervention, de proposer au patient la thérapeutique avec la plus grande économie tissulaire possible. Cette règle est valable quel que soit l'âge du patient, plus rigoureusement à appliquer chez le jeune patient.

Parfois, une seule thérapeutique sera entreprise, mais il sera souvent nécessaire d'en associer plusieurs. Dans ce cas il sera utile de commencer par la moins invasive, puis d'en évaluer les résultats avec le patient et d'en développer une autre si besoin.

La thérapeutique esthétique la plus conservatrice est incontestablement l'orthodontie. En effet, nous sommes de plus en plus confrontés à des demandes de réhabilitation de sourires et, en tant qu'omnipraticiens, nous pouvons avoir le réflexe d'utiliser nos outils (dentisterie restauratrice ou prothèse) pour y répondre.

L'application du concept de gradient thérapeutique nous rappelle qu'il faut penser systématiquement à l'apport du traitement orthodontique qui, parfois à lui seul, peut répondre à la demande et aux besoins du patient, voire de simplifier le traitement en autorisant le praticien à réaliser des thérapeutiques moins mutilantes.

2— La demande esthétique croissante des patients au sein des cabinets et des structures de soins sous toutes leurs formes ainsi que les nombreux bouleversements technologiques, rendent plus que jamais nécessaire la formalisation d'un nouveau cadre de traitement. Ce cadre moderne de traitement a été proposé et décrit par Magne et Belser 22 nov. 2018 sous le nom de « puzzle physiologique » en 2018 et repris en 2022 (17). Quelle que soit la demande du patient, les

impératifs biologiques, biomécaniques, fonctionnels et esthétiques sont indissociables et il est illusoire de tenter de les opposer.

En conclusion, quel que soit le résultat apparent lors du sourire du patient, il nous semble aujourd'hui évident de ne plus pouvoir considérer comme « une réussite » un traitement qui n'a pas privilégié le principe de préservation tissulaire. Celui-ci doit être aujourd'hui la clé de voûte de toute réflexion médicale et devrait guider le praticien lors de son choix thérapeutique. Chaque traitement doit être réalisé après explications au patient, son information, l'analyse du rapport bénéfice/risque, afin que la réponse apportée soit conforme aux attentes clairement exprimées et aux besoins thérapeutiques.

## **Progressivité des actions**

### *1) Une surveillance proactive qui peut concerner un patient qui :*

- Se présente avec des doléances mal définies et non objectivées par un diagnostic clinique ou une imagerie claire ; la réponse ne doit alors pas être constituée d'actes effectués en première intention de façon systématique,
- Se présente avec une demande, généralement imprécise, d'amélioration de l'esthétique ou du confort, sans douleur particulière. Cette demande est non justifiée par les faits avérés de la science, mais exprimée selon les tendances médiatiques, à savoir fortement influencée par l'évolution des modes et habitudes,
- Peut être orienté vers un confrère plus compétent en cas de difficulté à poser le diagnostic.

### *2) Une action thérapeutique :*

Toute intervention se fait en réponse à une demande du patient claire et bien exprimée. Elle doit apporter une amélioration mesurable, immédiate ou différée, transitoire ou définitive, de l'état de santé ou du bien-être du patient. Cela peut aussi se traduire par la prescription d'un traitement médicamenteux, fonction d'une ou de plusieurs de ses propriétés pharmacologiques.

### *3) Une évolution de l'information*

L'acceptation du patient pourrait évoluer depuis le traditionnel consentement éclairé. Cette évolution peut se traduire par une rédaction précise en accord avec :

*« Consentement éclairé avec projet bipartite d'accord au projet de traitement se rapprochant au mieux de la demande exprimée ».*

- L'information directe et professionnelle du praticien exclura le risque de surtraitement, évitant une demande inopportune du patient.

## **Conclusions**

– Établissement d'un gradient thérapeutique en plusieurs étapes pour guider une action adaptée

– Confirmation des soins selon un parcours clair.

Le concept évolutif pourrait être appliqué après signature d'accords éclairés d'usage améliorés et d'une charte partagée comportant les propositions suivantes :

– Traitement de douleurs et d'inconforts divers, y compris les douleurs oro-faciales à causes multiples

– Importance de la conservation des dents,

– Correction des positionnements dentaires,

- Réhabilitation prothétique suite à un édentement unitaire/plural/ total,
- Amélioration esthétique souhaitée et clairement exprimée du patient.
- Parfaite compréhension et appréhension du projet : moyens, contraintes, irréversibilité, adéquation demande taux de succès évalué, fiabilité temporelle.
- Prise en compte de la partie santé générale par l'odontologie

L'accès au dossier médical (voir le travail de la Commission de Législation de l'Académie sur ce thème) sera un élément important de la confirmation objective d'un éventuel surtraitement par son accès.

Soigner doit se faire de manière déontologique selon un parcours du patient compris dans sa globalité par l'équipe dentaire. L'odontologie fait partie de la santé générale et cet aspect de la profession de chirurgien-dentiste doit être apprécié dans les cursus universitaires

Une formation professionnelle de qualité et une formation continue constante assidue sont les bases de l'évitement du surtraitement.

Un diagnostic précoce, une anamnèse précise, une approche mini-invasive de prime abord et une pratique appliquée en valident l'objectif.

## Bibliographie

- 1— Zadik Y et al. «Clinical decision making in restorative dentistry, endodontics and antibiotic prescription. J Dent. Educ. 2008 Jan ; 72(1) : 81-6 PMID : 18 172 239.
- 2— DPC : Code de la santé publique par la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoires) de 2009, réformé en 2016 par la loi de modernisation du système de santé,
- 2 — Rapport de la cour des comptes juillet 2022/réforme du 100 % santé.
- 4— Les dépenses de santé en 2024 Résultats des comptes de la santé Édition 2025. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
- 5— Code de la santé publique : décret n° 67-671, article R 4127-210, article R 4127-211
- 6— Code de la santé publique : chapitre I articles L4141-1 à L4141-6
- 7— Conseil d'État, 12 février 2020, n° 425722 (Information, Consentement, Connaissance du patient en la matière, indifférence.
- 8— Code de la santé publique art. 25, article L6223-1. Constitution et gestion du centre de santé via un organisme à but non lucratif.
- 9— Publication sur le modèle bio-psycho-social de la relation de soins. Br Dent J. 2020 Mar ; 228(6) : 465-468. doi: 10.1038/s41415-020-1368-2. Towards a biopsychosocial approach in dentistry: the Montreal-Toulouse Model  
Christophe Bedos Nareg Apelian, Jean-Noël Vergnes
- 10— Torabindejad M et al. Prevalence and size of peri apical radiolucencies using cone beam computed tomography in teeth without apparent intraoral radiographic lesions new periapical index with the clinical recommendation. J. Endod 2018 Mar ; 44 (3) : 389-394, doi: 10.1016/j.joen. 2017.11.015
- 11- Lysa Guibourdin. Influence des réseaux sociaux sur la perception de l'esthétique du sourire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. {dumas— 05070698}.
- 12— Ordre [chirurgiens-dentistes.fr](https://www.chirurgiens-dentistes.fr) 2025/10 bulletin de l'Ordre « Le titre de chirurgien-dentiste esthétique n'existe pas » L'esthétique appartient à tous les praticiens.
- 13— Borges C, Pereira ML, Caldas I, Frey-Furtado L. Body Dysmorphic Disorder: Approach to patients with body dysmorphic disorder in dentistry: A systematic review. The Journal of the American Dental Association 2025 ; 156(4) :300-8.
- 14- Abbasi MS, Lal A, Das G, *et al.* Impact of Social Media on Aesthetic Dentistry: General Practitioners Perspectives. Healthcare (Basel). 2022 ;10(10) :2055
- 15- Iulia Clara Badea Pet Al. Preventing overtreatment in dentistry : causes, types and how to be avoided. Romanian Journal of Stomatology volume 68 No 2, 2022

- 16- Gil Tirlet et Jean Pierre Attal. Le gradient thérapeutique : un concept médical pour les traitements esthétiques. Inf. Dentaire. 2009 ; n° 41/42 : 2561-258
- 17— Magne P, Belser U. Dentisterie restauratrice biomimétique. Paris Quintessence Internationale 2022 820p.