



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

**Appréciation du risque carieux et indications
du scellement prophylactique
des sillons des premières et deuxièmes molaires
permanentes chez les sujets
de moins de 18 ans**

Recommandations

Novembre 2005

Service des recommandations professionnelles

Service évaluation médico-économique et santé publique

Pour recevoir la liste des publications de la HAS, il vous suffit d'envoyer vos coordonnées à l'adresse ci-dessous ou consulter notre site : www.has-sante.fr

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.
Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de la HAS est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de santé en novembre 2005.

Haute Autorité de santé (HAS)

Service communication

2, avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex – Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© 2005. Haute Autorité de Santé (HAS)

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS

I. INTRODUCTION	4
II. DÉFINITIONS.....	6
III. RISQUE DE CARIE.....	6
IV. INDICATIONS DES SCHELEMENTS DE SILLONS	8
V. PROTOCOLE DE POSE DES SCHELEMENTS DE SILLONS	8
VI. SUIVI	9
VII. RAPPEL SUR LE REMBOURSEMENT DE L'ACTE	9
VIII. PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES	10
DEMANDEURS, PROMOTEUR, PARTICIPANTS.....	11

RECOMMANDATIONS

Abréviations – RCI : risque carieux individuel, MS : matériau de scellement

I. INTRODUCTION

I.1. Méthode

Ces recommandations ont été réalisées selon la méthode RPC décrite dans le guide « Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France » (1999) disponible à l'adresse www.has-sante.fr. Cette méthode est fondée sur l'analyse explicite de la littérature et sur la prise en compte de l'avis des professionnels concernés par le thème au sein d'un groupe de travail multidisciplinaire.

I.2. Demandeur

Ces recommandations ont été élaborées à la demande de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

I.3. Cibles

Les recommandations sont destinées principalement aux professionnels de la santé bucco-dentaire prenant en charge des sujets de moins de 18 ans.

À l'exception de la partie concernant le protocole technique de pose des scellements, elles peuvent également intéresser les médecins généralistes, les médecins scolaires et les pédiatres intégrant dans leur pratique la prévention des caries ainsi que les patients eux-mêmes et leurs parents.

I.4. Contexte

Depuis les années 1970, la prévalence de la carie a régulièrement diminué chez les enfants et les adolescents.

Désormais, les caries se concentrent chez des sujets à risque élevé qu'il est nécessaire d'identifier et de prendre en charge si l'on veut continuer à améliorer l'état de santé bucco-dentaire de la population générale.

Par ailleurs, les faces occlusales des molaires deviennent proportionnellement plus concernées, du fait probablement de leur moindre sensibilité aux mesures de prévention classiques, à savoir :

- le brossage, puisque le nettoyage des sillons, en particulier anfractueux, est difficile avec la brosse à dents ;
- les fluorures dont l'efficacité est moindre au niveau des sillons.

L'efficacité des scellements de sillons sur la prévention des caries des faces occlusales a été prouvée par des études portant principalement sur les premières molaires permanentes. Ils sont inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) depuis janvier 2001 pour les premières et deuxièmes molaires permanentes chez les sujets de moins de 14 ans à risque carieux, sans précision sur la façon de déterminer ce risque.

Le scellement de sillons peut avoir un double intérêt :

- diminuer la fréquence des caries occlusales chez les sujets présentant un RCI (risque de carie individuel) élevé. Il s'agit dans ce cas de protéger les faces occlusales d'un risque de carie auquel sont exposées toutes les dents ;
- diminuer la fréquence des caries au niveau des sillons anfractueux. Il s'agit de protéger spécifiquement des zones inaccessibles aux autres moyens de prévention.

I.5. Champ de la recommandation

Les recommandations concernent les **patients de moins de 18 ans se présentant spontanément** au cabinet dentaire. L'efficacité et les indications des scellements sont donc envisagées sous l'angle de la prise en charge individuelle. La prise en charge collective des populations et les actions nécessaires pour y parvenir ne sont pas abordées.

Elles abordent :

- **les modalités d'appréciation du RCI** dans le cas des dents permanentes ;
- **les indications des scellements** de sillons des 1^{res} et 2^{es} molaires permanentes ;
- **le protocole de mise en place et de suivi** de ces scellements.

Pour cela, le groupe de travail a examiné les questions spécifiques suivantes :

- quels sont les facteurs de risque de la carie dans le cas des dents permanentes ?
- quels sont les critères cliniques à prendre en compte en pratique pour évaluer le RCI ?
- quel est l'intérêt des examens complémentaires dans l'évaluation du RCI ?
- quelle est l'efficacité des scellements de sillons ?
- quelle est la tolérance des scellements de sillons ?
- quel est le rapport coût/efficacité des scellements de sillons ?
- comment définir leurs indications à partir des données d'efficacité et de coût ?
- quel est le meilleur protocole de mise en place des MS de sillons ?
- quel suivi appliquer après réalisation des scellements ?

L'analyse de la littérature et ses conclusions concernant ces questions sont consultables dans l'argumentaire de la recommandation disponible sur le site de la HAS à l'adresse www.has-sante.fr dans le rapport complet.

Les recommandations n'abordent pas :

- le diagnostic clinique et radiologique de carie ;
- la prise en charge thérapeutique des caries de sillons au stade irréversible (caries non reminéralisables) ;
- les autres mesures de prévention des caries (conseils d'hygiène bucco-dentaire et conseils alimentaires, fluor, chlorhexidine, xylitol, etc.).

I.6. Gradation des recommandations

- Une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1), tels les essais cliniques comparatifs randomisés sans biais majeur, les méta-analyses d'essais randomisés, les analyses de décision basées sur des études de niveau 1.
- Une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), par exemple des essais comparatifs randomisés comportant des biais, des méta-analyses de méthodologie critiquable, des études comparatives non randomisées bien menées ou des études de cohorte.
- Une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme les études cas-témoins (niveau de preuve 3) ou les séries de cas (niveau de preuve 4).
- En l'absence de publications fiables, les recommandations proposées reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail et du groupe de lecture.

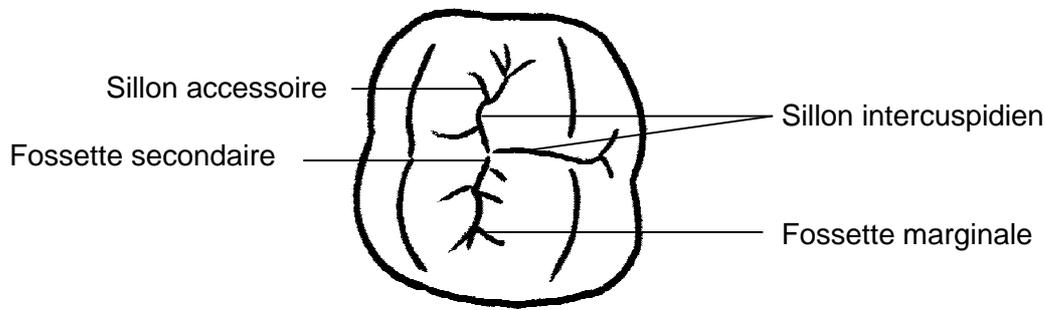
II. DÉFINITIONS

II.1. Sillons et fossettes

Les principales zones de congruence anatomo-histologique de la surface de l'émail sont définies ci-dessous :

- **sillon principal ou intercuspидien** correspondant au sillon situé à l'intersection des cuspidés qu'il sépare ;
- **sillon secondaire ou accessoire** correspondant au sillon descendant le versant cuspidien qu'il sépare en lobes ;
- **fossette marginale** située aux extrémités des sillons principaux ;
- **fossette secondaire** située sur le trajet des sillons principaux (entre autres, à leur intersection).

Le groupe de travail retient le terme de « sillons » pour l'ensemble de ces zones de congruence. Ce terme doit être compris comme la traduction du terme anglais « *pits and fissures* » dont la traduction littérale serait « sillons et fossettes ».



II.2. Anfractuosité

Le groupe de travail définit les sillons anfractueux comme des sillons apparaissant profonds et étroits à l'examen clinique simple. En cas de sillon anfractueux, les versants cuspidiens possèdent souvent des lobes très marqués par des sillons secondaires.

II.3. Scellement

Le groupe de travail définit un scellement de sillons comme un acte non invasif visant à combler les sillons avec un matériau adhésif fluide. Il réalise une barrière physique étanche, lisse et plane qui s'oppose à l'accumulation de la plaque bactérienne au contact de la surface amélaire protégée, et qui prévient ainsi la déminéralisation acide à ce niveau.

III. RISQUE DE CARIE

Il est recommandé d'évaluer le RCI à l'occasion d'une première consultation, notamment lorsque se pose la question de l'indication d'un scellement de sillons. Ensuite, le RCI sera périodiquement évalué car il peut varier au cours du temps.

Il est recommandé de ne distinguer que **deux catégories de RCI - élevé et faible** - en se fondant sur les résultats de l'interrogatoire, de l'examen clinique et du bilan radiologique.

L'analyse de la littérature permet d'identifier des facteurs de risque de carie à retenir pour l'évaluation du RCI. Ces derniers sont listés ci-dessous avec leur niveau de preuve. Par accord professionnel, ils ont été séparés en deux groupes.

III.1. Les facteurs de risque individuels

Ils définissent les **individus à RCI élevé** et permettent de poser l'indication des scellements de sillons :

- absence de brossage quotidien avec du dentifrice fluoré (niveau de preuve 2) ;
- ingestions sucrées régulières en dehors des repas ou du goûter :
 - aliments sucrés (niveau de preuve 2),
 - boissons sucrées (niveau de preuve 2),
 - bonbons (niveau de preuve 2) ;
- prise au long cours de médicaments sucrés ou générant une hyposialie ;
- sillons anfractueux au niveau des molaires (niveau de preuve 2)¹ ;
- indice de plaque (niveau de preuve 2) auquel on peut préférer, par accord professionnel, la présence de plaque visible à l'œil nu sans révélation ;
- présence de caries (atteinte de la dentine) et/ou de lésions initiales réversibles (atteinte de l'émail) (niveau de preuve 2)².

La présence d'un seul facteur de risque individuel suffit à classer un individu en RCI élevé

III.2. Les facteurs de risque collectifs

Ils permettent d'identifier des **groupes à risque** :

- période postéruptive ;
- niveau socio-économique et/ou niveau d'éducation faible de la famille ;
- mauvais état de santé bucco-dentaire des parents ou de la fratrie ;
- maladie et handicaps entraînant des difficultés de brossage ;
- antécédents de caries (niveau de preuve 2)² ;
- présence d'éléments favorisant la rétention de la plaque (restaurations défectueuses, appareils orthodontiques ou prothétiques).

Ces facteurs de risque collectifs ne suffisent pas à classer un individu en RCI élevé. Au sein des groupes à risque élevé, il est important de rechercher avec une attention particulière les facteurs de risque individuels pour identifier les individus à RCI élevé. Les facteurs de risque collectifs peuvent également être utilisés pour déterminer des populations cibles dans le cadre de campagnes de prévention de la carie ou de promotion de l'acte de scellement.

III.3. Tests bactériologiques salivaires

Il n'est pas recommandé d'utiliser le test bactériologique salivaire de dosage des streptocoques mutans et des lactobacilles disponible en France en 2005 (CRT[®]) pour poser l'indication des scellements de sillons. Ce test, qui donne une indication sur la concentration salivaire de ces bactéries, n'a pas fait l'objet de publications concernant son évaluation. Par ailleurs, son coût avoisine celui du scellement lui-même, alors même que le scellement ne présente pas d'effet

¹ L'existence de sillons anfractueux augmente le risque de carie au niveau de la face occlusale de la dent concernée, contrairement aux autres facteurs de risque individuels qui concernent l'ensemble de la denture.

² Les indices CAOF/CAOD sont des facteurs de risque de carie (niveau 2) dont la composante C (lésions carieuses non traitées ayant atteint la dentine) témoigne d'une activité carieuse actuelle alors que les composantes A (absence de dent pour cause de carie) et O (obturation) témoignent d'un passé carieux correspondant à une période de risque élevée actuellement révolue ou non.

secondaire susceptible de le contre-indiquer. D'autres tests prochainement mis sur le marché devront être évalués.

IV. INDICATIONS DES SCELLEMENTS DE SILLONS

Il est recommandé de sceller dès que possible les sillons des premières (grade A) et deuxièmes (accord professionnel) molaires permanentes chez les patients de moins de 20 ans à RCI élevé afin de prévenir le risque de carie occlusale. Cette recommandation repose sur les arguments suivants :

- l'efficacité des scellements à base de résine sur la prévention des caries a été démontrée sur les premières molaires permanentes des sujets de moins de 20 ans (niveau de preuve 1). Ces études ne tenaient pas compte du RCI ;
- l'analyse de la littérature médico-économique internationale a montré que le scellement des premières molaires permanentes était coût/efficace chez les sujets à RCI élevé ; cependant, ces études n'étaient pas transposables au contexte français et ne retenaient pas toutes la même définition du RCI ;
- par accord professionnel, le groupe de travail élargit l'indication aux deuxièmes molaires puisque l'efficacité des scellements est plausible sur ces dents. Par ailleurs, la période de minéralisation postéruptive de la deuxième molaire coïncide avec l'adolescence qui est une période à risque de carie.

Il n'existe pas d'accord professionnel concernant l'indication des scellements de sillons chez les patients à RCI faible. En effet, chez ces patients :

- les données spécifiques d'efficacité ne sont pas disponibles ;
- les coûts évités ne sont pas démontrés à moyen terme ;
- l'acte ne comporte cependant pas de risque de complications.

Le groupe de travail insiste sur le fait que les scellements des sillons ne remplacent pas les autres mesures de prévention de la carie mais s'y ajoutent. En effet, les scellements ne fournissent qu'une protection locale au niveau des faces occlusales.

V. PROTOCOLE DE POSE DES SCELLEMENTS DE SILLONS

V.1. En l'absence de suspicion de carie

Lorsque l'indication d'un scellement est posée, il est recommandé de respecter le protocole suivant.

1- Isolation

La dent à sceller doit être préférentiellement isolée avec une digue. En alternative, l'utilisation de rouleaux de coton associée à une aspiration chirurgicale est possible.

- a) Si l'isolation est satisfaisante : choisir de poser un matériau de scellement (MS) à base de résine.
- b) Si l'isolation est imparfaite, trois options sont possibles :
 - soit proposer un MS à base de verre ionomère ;
 - soit proposer un vernis fluoré qui, même s'il est efficace, reste moins efficace que le MS à base de verre ionomère (niveau 2) ;
 - soit différer le scellement et renforcer les autres moyens de prévention.
- c) Si l'isolation est totalement impossible, il est recommandé de différer le scellement et de renforcer les autres mesures de prévention.

En cas de problème d'isolation, une réévaluation du RCI à 3 mois est recommandée. Si le RCI reste élevé et si l'isolation est devenue satisfaisante, il est recommandé de poser un MS à base de résine. Si un MS à base de verre ionomère a été posé et qu'il est toujours intact, il n'est pas utile de le remplacer.

2- Nettoyage

Il est recommandé d'utiliser une brosse sèche (sans ponce ou pâte prophylactique) sur instrument à vitesse rotative lente ou de réaliser un aéropolissage. Dans le cas de l'utilisation d'une brosse sèche, le nettoyage peut être effectué avant l'isolation.

3- Conditionnement de l'émail

Il est recommandé d'effectuer un mordantage à l'acide orthophosphorique à 35-37 % pendant au moins 15 secondes, suivi d'un rinçage de même durée et d'un séchage minutieux, jusqu'à obtention d'un émail blanc crayeux au niveau de la surface à sceller.

L'utilisation d'un système adhésif n'est pas recommandée car il n'améliore pas la rétention des MS à base de résine.

4- Pose du matériau de scellement à base de résine

Il doit être strictement limité aux sillons, sans débordement.

5- Contrôle de la rétention

Il est important de contrôler à la sonde, avant de retirer le champ opératoire, la rétention du MS. En cas de décollement du matériau, le protocole doit être repris, à partir de l'étape de conditionnement.

V.2. En cas de suspicion de carie

En cas de suspicion de carie dentinaire, il est recommandé d'ouvrir les sillons pour confirmer ou infirmer le diagnostic. L'ouverture est classiquement réalisée à la fraise, mais l'air abrasion peut également être utilisée dans cette indication. Après ouverture des sillons, il ne faut plus utiliser un MS mais un matériau de restauration. Il ne s'agit donc plus d'un simple scellement des sillons.

En cas de carie limitée à l'émail, l'ouverture des sillons n'est pas recommandée.

VI. SUIVI

Le scellement de sillons s'intègre dans une démarche globale de prévention qui nécessite une surveillance régulière, variable en fonction du RCI initial :

- en cas de RCI initial élevé, une visite de contrôle est conseillée 3 à 6 mois plus tard ;
- en cas de RCI initial faible, une visite de contrôle est recommandée une fois par an.

La fréquence de suivi est modifiée dans le temps en fonction de l'évolution du RCI.

À l'occasion de ces visites de contrôle, il est recommandé de réévaluer le RCI et de contrôler l'intégrité du MS :

- en cas de perte partielle, il est recommandé de réparer le MS pour prévenir la rétention de plaque à ce niveau ;
- en cas de perte totale, la réalisation d'un nouveau scellement dépend du RCI.

VII. RAPPEL SUR LE REMBOURSEMENT DE L'ACTE

Les scellements de sillons sont inscrits à la NGAP depuis janvier 2001 pour les premières et deuxièmes molaires permanentes chez les sujets à risque carieux de moins de 14 ans présentant un RCI élevé, sans précision sur la façon de déterminer ce risque. Ils ne peuvent donner lieu qu'à un seul remboursement par dent, quel que soit le nombre d'actes effectués.

VIII. PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES

Lors de l'élaboration de ces recommandations, il est apparu au groupe de travail que certains travaux de recherche seraient utiles dans le domaine du scellement des sillons. Ces travaux sont listés ci-dessous, à titre indicatif.

VIII.1. Risque de carie

- Mener en France une étude de cohorte incluant dans une analyse multivariée tous les facteurs de risque de carie connus, dans le but de confirmer les facteurs de risque indépendants à prendre en compte pour l'estimation du RCI.
- Mener une étude épidémiologique descriptive permettant de connaître la répartition des facteurs de risque de carie dans la population française afin d'évaluer ce risque à l'échelle collective.
- Évaluer la sensibilité et la spécificité des tests salivaires disponibles sur le marché français, ainsi que leur intérêt dans l'évaluation du RCI par rapport aux autres facteurs de risque identifiés.

VIII.2. Scellement des sillons

- Réévaluer, compte tenu de l'évolution de la prévalence de la carie, l'efficacité des MS sur la prévention des caries des premières molaires en tenant compte du RCI. Des essais cliniques randomisés (groupe scellé vs groupe non scellé), ayant pour critère principal de jugement le taux de caries, sont nécessaires pour répondre à cette question.
- Mener des études sur l'efficacité des MS sur les autres dents (notamment les deuxièmes molaires, les prémolaires, les dents temporaires) en tenant compte du RCI.
- Mener en France, sur un échantillon de population représentatif, une étude médico-économique de type coût/efficacité, tenant compte du risque carieux, portant distinctement sur les premières et deuxièmes molaires, avec recul suffisant (> 5 ans), tenant compte des reprises de caries sous les restaurations, des complications de la carie, des réparations de scellements, et de l'influence du suivi sur les coûts.

VIII.3. Information, diffusion

- Des actions axées sur l'information sont suggérées. Elles doivent cibler le grand public, c'est-à-dire les patients et les professionnels de santé, et préférentiellement les populations à risque élevé de carie.

DEMANDEUR, PROMOTEUR, PARTICIPANTS

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées par la Haute Autorité de santé (HAS) à la demande de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts).

La méthode de travail a été celle décrite dans le guide des « Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France » publié par l'Anaes en 1999.

Les sociétés savantes dont les noms suivent ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- l'Association dentaire française ;
- le Collège des enseignants de santé publique (sous-section 56-03) ;
- la Société française d'odontologie pédiatrique ;
- la Société française de pédiatrie ;
- la Société française de stomatologie, chirurgie maxillo-faciale ;
- l'Union française pour la santé bucco-dentaire.

L'ensemble du travail a été coordonné par le D^r Philippe MARTEL, chef de projet, sous la responsabilité du D^r Patrice DOSQUET, chef du service des recommandations professionnelles.

L'évaluation économique a été réalisée par M^{me} Anne-Isabelle POULLIÉ, chef de projet, sous la responsabilité de M^{me} Catherine RUMEAU-PICHON, chef du service évaluation médico-économique et santé publique.

La recherche documentaire a été effectuée par M^{lle} Gaëlle FANELLI, documentaliste, sous la responsabilité de M^{me} Frédérique PAGÈS, chef du service de documentation. Les assistantes documentalistes étaient M^{me} Julie MOKHBI et M^{me} Valérie SERRIERE.

Le secrétariat a été assuré par M^{lle} Jessica LAYOUNI.

La HAS tient à remercier les membres du comité d'organisation, les membres du groupe de travail, du groupe de lecture et de sa commission spécialisée « Recommandations pour l'amélioration des pratiques » qui ont participé à ce travail.

COMITÉ D'ORGANISATION

P^f Marie-Laure BOY-LEFEVRE, odontologue, Paris

D^f Didier GRIFFITHS, conseil scientifique en prophylaxie, Bergerac

P^f Louis-Frédéric JACQUELIN, odontologie pédiatrique, Reims

D^f Laurence LUPI-PEGURIER, chargée de projet, chirurgien-dentiste, Nice

D^f Isabelle LIMOGE-LENDAIS, Cnamts, Paris
D^f Philippe MARTEL, chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine

P^f Michèle MULLER-BOLLA, présidente du groupe de travail, chirurgien-dentiste, Nice
M^{lle} Nathalie PRÉAUBERT, chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine

P^f Germain ZEILIG, chirurgien-dentiste, Paris

GROUPE DE TRAVAIL

P^f Michèle MULLER-BOLLA chirurgien-dentiste, Nice - présidente du groupe de travail

D^f Laurence LUPI-PEGURIER, chirurgien-dentiste, Nice - chargée de projet

D^f Philippe MARTEL, chef de projet, HAS, Saint-Denis La Plaine

M^{me} Anne-Isabelle POULLIÉ, chef de projet, HAS, Saint-Denis La Plaine

D^f Remy ASSATHIANY, pédiatre, Issy-les-Moulineaux

P^f Denis BOURGEOIS, chirurgien-dentiste, spécialiste en santé publique bucco-dentaire, Lyon

D^f Frédéric COURSON, odontologiste pédiatrique, Paris

Dr Francis DUJARRIC, stomatologiste orthodontiste, Suresnes

D^f Dominique DROZ, odontologiste pédiatrique, Nancy

M. Gérard DURU, économiste, Villeurbanne

D^f Eric FISZON, odontologiste pédiatrique, Metz

D^f Hervé FRANCOUAL, chirurgien-dentiste, Cannes

D^f Armelle GRIFFITHS-LAURENTI, chirurgien-dentiste, centre de santé, Cenon
M^{lle} Laure MISRAHI, pharmacienne, économiste de la santé, Lille

D^f Geneviève RICHARD, médecin scolaire, Paris

D^f Pierre SAINT-JAMES, chirurgien-dentiste, Laxou

D^f Anne-Marie SCHOTT-PETHELAZ, épidémiologiste, Lyon

GROUPE DE LECTURE

D^r Amine ARSAN, pédiatre, Paris
D^r Marie-Laurence AYMARD, pédiatre,
Fontenay-aux-Roses
D^r Michel BLIQUE, chirurgien-dentiste, Saint-
Max
D^r Roland CHABERT, chirurgien-dentiste,
Lyon
D^r Fabien COHEN, chirurgien-dentiste de
santé publique et de centre de santé, Ivry-
sur-Seine
D^r Olivier COMTE, chirurgien-dentiste, Nice
D^r Françoise DELBARD, médecin de santé
publique, Paris
D^r Jean-Paul DUPIN, chirurgien-dentiste,
Talence
D^r Ariane EID, chirurgien-dentiste, Créteil
D^r Marysette FOLLIGUET, chirurgien-
dentiste, Colombes
D^r Hervé FORAY, chirurgien-dentiste, Brest
P^r Nadine FOREST, chirurgien-dentiste, Paris
D^r François FUZELLIER, chirurgien-dentiste,
Metz
D^r Patricia GRIVEAU-RUPP, chirurgien-
dentiste, Annecy
D^r Marc HUMMEL, chirurgien-pédiatre,
Sceaux
D^r Claudine KARMANN, dentiste, Malleville
D^r Catherine LAPORTE, dentiste, Bordeaux
D^r Dominique MARION, chirurgien-dentiste,
Nantes

D^r Françoise MONTEIL, pédodontiste,
Guingamp
D^r Chantal NAULIN-ILI, chirurgien-dentiste,
Paris
D^r Lionel PERRIER, économiste de la santé,
Lyon
M^{me} Dominique POLTON, économiste et
statisticienne, Paris
D^r Paul RIORDAN, épidémiologiste,
Clermont-Ferrand
D^r Sylvie SAPORTA, chirurgien-dentiste,
Paris
D^r Jean-François SERET, chirurgien-dentiste,
Hirson
D^r Michel SIXOU, chirurgien-dentiste,
Toulouse
D^r Carole SIANI, maître de conférence,
Marseille
D^r Thierry SOTTO, stomatologiste, Roubaix
D^r Jean-Pierre STRAUSS, dentisterie
pédiatrique exclusive, Mulhouse
D^r Corinne TARDIEU, chirurgien-dentiste,
Marseille
D^r Anne THERY, médecin généraliste, Paris
D^r Emmanuel THOMAS, chirurgien-dentiste,
Saint-Gervais les Trois Cloches
D^r Stéphanie TUBERT, professeur en santé
publique odontologique, Clermont-Ferrand
D^r Philippe VANHEMS, épidémiologiste, Lyon
P^r Maryse WOLIKOW, chirurgien-dentiste,
Ivry-sur-Seine