Prévention de la carie : seize ans après, une actualisation qui n'a pas la rigueur d'une recommandation nationale

Seize ans d'attente, 185 pages, et pas une définition de la carie. Voici ce que POLICYS a vérifié, page à page, dans le projet « Évaluation des stratégies de prévention de la carie dentaire » (document de travail du 7 septembre 2026, consultation publique jusqu'au 30 septembre). Cette note ne vise pas les auteurs, qui ont fait ce que le calendrier et les moyens permettaient : elle porte sur ce qu'une institution consacre, tous les seize ans, à un texte qui encadre 15,7 milliards d'euros de soins dentaires (p. 117 ; 6 % de la consommation de soins et de biens médicaux), dont 3,6 milliards de soins conservateurs directement liés à la carie. Une recommandation de cette portée appelle plus de rigueur : chaque constat ci-dessous est confronté au texte et aux sources primaires.

16 ans
ENTRE DEUX ACTUALISATIONS D'UN TEXTE QUI ENCADRE 15,7 MD€ DE SOINS DENTAIRES (P. 117)

0
ÉVALUATION DU SCELLEMENT THÉRAPEUTIQUE, DE L'INFILTRATION, DU CONSEIL DIÉTÉTIQUE AU CABINET, DE LA TAXATION OU DU PARTAGE DES TÂCHES

23 %
PARTICIPATION À M'T DENTS EN 2024, SANS AUCUN INDICATEUR D'IMPACT DEPUIS 2007

–73 %
PROBABILITÉ DE PARTICIPATION DES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C (TABLEAU 4) : LE DISPOSITIF RATE SA CIBLE

CE QUE POLICYS CONSTATE

- **Une maladie jamais définie.** Le processus carieux est décrit par ses symptômes (p. 11) ; « carie dentaire » n'est pas définie, « maladie carieuse » l'est deux fois, le risque carieux individuel aussi (pp. 12-13), « sucres libres » jamais.
- **Une revue qui n'est pas systématique.** PRISMA absent, grille « R-AMSTAR-2 » inexistante et aucun jugement de qualité publié, panorama de recommandations sans AGREE II, « convergences » tirées d'études non comparables.
- **Une prévention secondaire sans contenu.** Scellement thérapeutique et infiltration non évalués, alors que la HAS a jugé le premier favorablement en décembre 2025.
- **Des faits à corriger.** Un « remboursement limité » du SDF qui n'existe pas selon la HAS elle-même ; des seuils de fluor chiffrés dans l'argumentaire mais absents des recommandations ; trois statuts et deux plages pour les dentifrices à haute teneur ; un seul policy statement FDI cité sur quatre applicables.
- **Une fréquence mal lue.** Les essais montrent une non-infériorité, pas une supériorité ; le texte écarte toute périodicité uniforme (p. 131) tout en saluant l'examen annuel universel (p. 127).
- **Aucune évaluation économique.** Le coût de l'actualisation, question posée par le protocole (p. 37), reste sans réponse ; la commission qui porte le document est celle chargée de l'économie.
- **Personne pour faire le travail.** Temps clinique non chiffré, partage des tâches écarté par incompétence déclarée (p. 38), assistant dentaire de niveau 2 inexistant.
- **Des dispositifs sans preuve.** M'T dents étendu sans indicateur d'impact depuis 2007 ; vieillissement identifié sans programme ni effectifs.

I. CE QUE LE TEXTE NE DÉFINIT PAS

UNE MALADIE JAMAIS DÉFINIE, UN PROCESSUS DÉCRIT PAR SES SYMPTÔMES

Le processus carieux « évolue classiquement en trois phases, caractérisées par une symptomatologie dominée par la douleur » (p. 11). C'est la stadification par le symptôme, celle des années 1970, quand la cariologie décrit depuis vingt ans la lésion par son activité et sa sévérité (ICDAS, ICCMS), indépendamment de la douleur, précisément parce que la prévention agit aux stades asymptomatiques. Les mots suivent : « carie dentaire », une centaine d'occurrences dans le corps du texte, n'est jamais définie ; « maladie carieuse » l'est deux fois différemment (pp. 10-11) ; « lésion carieuse » apparaît une cinquantaine de fois sans articulation avec la maladie ; « santé bucco-dentaire » et « santé orale » alternent dans la même phrase (p. 21). Le risque carieux individuel, pivot de toute la stratégie, reçoit deux définitions à une page d'écart (pp. 12-13, avec puis sans la progression des lésions existantes). Le seuil OMS est rattaché aux « sucres libres », jamais définis, quand le seul terme défini, « sucres », inclut le lactose (p. 11). La partie « prévention primaire » se conclut par un objectif relevant, selon la définition du texte lui-même, de la secondaire (p. 30). « Examen bucco-dentaire » désigne tour à tour l'acte, la visite et le programme M'T dents, et l'annexe 2 pose la question sur l'« examen » en définissant l'intervention comme « programme ». Aucun glossaire ne tranche. Chaque ambiguïté deviendra une ambiguïté de nomenclature, puis de financement.

II. CE QUI MANQUE AU CLINICIEN

LA PRÉVENTION SECONDAIRE N'A PAS DE CONTENU MICRO-INVASIF

Le document définit la prévention secondaire comme la détection précoce des lésions et le contrôle de leur progression (p. 30). Pour les lésions initiales non cavitaires, il n'évalue aucune option micro-invasive. Le scellement thérapeutique, qui réduit de 71 % [53-83] la progression des lésions non cavitaires des dents permanentes (Griffin 2008, méta-analyse non citée) et que l'ADA/AAPD recommande fortement pour les lésions occlusales (Wright 2016, citée au Tableau 5), figure dans ce tableau et en bibliographie puis disparaît : la revue « scellements » n'examine que le scellement prophylactique de dents saines, la revue « dentisterie minimalement invasive » ne couvre que les lésions cavitaires. L'infiltration résineuse n'apparaît pas une seule fois en 185 pages, alors que la revue Cochrane des traitements micro-invasifs des lésions proximales (Dorri 2015 : OR 0,24 [0,14-0,41]) les couvre. Plus surprenant : la HAS a rendu le 11 décembre 2025 un avis favorable à l'inscription du scellement thérapeutique à la CCAM (référence 93 du document) ; neuf mois plus tard, sa recommandation de prévention ne l'évalue ni ne le recommande. Le praticien qui détecte une lésion initiale active reste sans conduite ni acte tarifé.

LE FLUORURE DE DIAMINE D'ARGENT : UNE ERREUR DE FAIT

Le texte écrit que son « remboursement en France demeure limité en 2025 » (p. 31). La HAS elle-même a conclu le contraire le 11 décembre 2025 : « aucun produit en France ne possède d'autorisation (marquage CE ou AMM) dans cette indication d'arrêt des caries », d'où l'impossibilité de rendre un avis sur l'acte. Le seul dispositif marqué CE disponible est destiné à l'hypersensibilité dentinaire. Ni acte, ni prise en charge : le levier est de susciter le dépôt de dossiers avec indication cariostatique, ce qu'un document HAS peut porter. Le Tableau 5 classe par ailleurs le SDF « primaire ou secondaire » quand la section « prévention primaire » le liste parmi ses apports (p. 30).

VERNIS OU SCELLEMENT : L'ARBITRAGE ÉLUDÉ

Le document rapporte qu'aucune supériorité n'est démontrée entre scellement et vernis fluoré (Kashbour 2020, certitude très faible) mais n'en tire aucun arbitrage : les deux sont recommandés côte à côte (p. 134). L'essai de référence (« Seal or Varnish? », Chestnutt 2017) n'est jamais cité : chez des enfants de 6-7 ans d'écoles défavorisées galloises, le vernis semestriel n'a pas fait différemment du scellement entretenu à 36 mois, pour 68 £ de moins par enfant. L'arbitrage est directement transposable depuis que le vernis est remboursé deux fois par an, du 1er anniversaire à 26 ans, chez les patients à risque élevé (février 2025), ce que le document ne mentionne pas.

LES SEUILS DE FLUOR DE 2010 SONT DÉPASSÉS, DIT LE TEXTE LUI-MÊME

Le document rapporte la convergence internationale (OMS 2024, FDI 2025, AADOCR 2026) vers un dentifrice d'au moins 1 000 ppm à tout âge, plage de référence 1 000 à 1 500 ppm, et concède que les recommandations de 2010, « fondées sur des seuils inférieurs », « gagneraient à être réévaluées » (p. 30). L'argumentaire chiffre (pp. 73, 114), mais les recommandations du chapitre 6 ne donnent aucun seuil pour la population générale ni pour l'enfant (« adapté à l'âge », p. 134) ; seule la perte d'autonomie reçoit un chiffre. Sur les hautes teneurs, le texte écrit « 2 500 à 5 000 ppm » (pp. 30, 114, 135) et « 2 800 à 5 000 ppm » (pp. 72-73), « sur avis professionnel » (p. 30), « sous encadrement professionnel » (p. 73) et « sur prescription » (p. 135) : trois statuts pour des produits qui sont en France des médicaments sous AMM, non remboursés, sans ordonnance obligatoire (Fluocaril Bi-Fluoré 250 mg, Duraphat 5000), le 2 800 ppm étant le Duraphat britannique, sans AMM française. À harmoniser. Et sur quatre policy statements de la FDI directement applicables, un seul est cité, celui du fluor topique (2025) : sucres libres (2015, mesures fiscales et publicitaires), fluorure de diamine d'argent (2025) et intervention a minima (2026) sont ignorés.

LE CABINET DENTAIRE, PRESQUE ABSENT DE SA PROPRE RECOMMANDATION

Hors les conseils d'hygiène (Soldani 2018) et les interventions parentales (Faisal 2022), les interventions délivrables au fauteuil sont absentes de la revue. Le conseil diététique individuel : zéro étude, alors qu'une revue Cochrane existe (Harris 2012, preuve limitée mais réelle) et que le document démontre lui-même l'effet des conseils sur l'alimentation du nourrisson délivrés aux parents (Gomersall 2024 : RR 0,85 [0,75-0,97], certitude modérée). Les techniques structurées de changement de comportement chez l'adolescent (Moores 2025) et l'incohérence des conseils diététiques au cabinet (Gunasinghe 2026) ne sont pas citées ; l'entretien motivationnel n'est évalué que chez le petit enfant. Conclure que l'éducation « de manière isolée ou ponctuelle » a un impact limité (p. 122) est juste, mais inapplicable aux interventions structurées, non examinées.

LA FRÉQUENCE DES VISITES : UNE LECTURE ERRONÉE DES ESSAIS

La recommandation qualifie l'adaptation au risque d'« approche plus pertinente » (p. 121) que les données « soutiennent » (p. 122). Les essais disent plus modestement : dans la revue Cochrane (Fee 2020, données INTERVAL, Tableau 12), l'intervalle individualisé ne fait ni mieux ni moins bien que le semestriel (RR 1,04 [0,99-1,09]), pas plus que le rappel à 24 mois (RR 1,05 [0,92-1,20]). La justification défendable est la non-infériorité et l'efficience, pas la supériorité clinique ; le texte, lui, invoque l'absence de preuve d'une fréquence uniforme et l'équité (pp. 121, 131). La clé de lecture manque : une visite dont le contenu préventif n'est ni standardisé ni tracé n'est pas une intervention. Le levier d'efficacité est le contenu de chaque contact ; la fréquence n'en est que le vecteur (voir III).

UN PREMIER EXAMEN À 3 ANS, UN VERNIS REMBOURSÉ À 1 AN

Le texte maintient le premier examen à 3 ans (p. 130) et promeut une entrée précoce pour les enfants « présentant des facteurs de risque carieux ou des situations de vulnérabilité », repérés « par les professionnels de santé et de la petite enfance » (p. 131). Cette chaîne de repérage non dentaire n'est ni outillée, ce que le texte reconnaît (p. 53 : aucune grille, des travaux à poursuivre), ni évaluée. La nomenclature rembourse pourtant depuis février 2025 le vernis fluoré deux fois par an dès 1 an chez l'enfant à risque élevé : le traitement précoce est financé quand son circuit de détection reste théorique. Le document reconnaît lui-même « l'intérêt d'un examen bucco-dentaire précoce [...] autour de l'âge de 1 an » (p. 60), puis écarte la position de l'AAPD (au plus tard à 12 mois) comme « avis d'experts ».

UN RISQUE CARIEUX OUTILLÉ EN 2027

Le risque carieux individuel n'a pas de périodicité de réévaluation. Son outillage est renvoyé aux travaux du CNP attendus début 2027, alors que des outils structurés existent et sont cités par le document lui-même : CAMBRA, Cariogram, grilles ADA et AAPD (p. 13), référentiel UFSBD (p. 53). Vingt ans après 2005, la pratique reste sans outil.

LE PARTAGE DES TÂCHES : PLUS DE TRAVAIL, ET PERSONNE POUR LE FAIRE

Le document entérine l'annualisation par l'Assurance maladie de l'examen bucco-dentaire des 3-24 ans, soit un quart de la population, qu'il qualifie d'« opportunité majeure » (p. 127) tout en écartant toute périodicité uniforme (p. 131). Il y ajoute les vernis professionnels selon le risque, le repérage dès la perte d'autonomie et les 1 000 premiers jours, mais ne chiffre ni le temps clinique induit ni les effectifs disponibles. Les autres professionnels sont à « mobiliser par la formation » (p. 53) : aucune grille, une formation invoquée cinq fois sans contenu, une rémunération réduite à un vœu (p. 117). Surtout, le partage des tâches n'est pas oublié, il est écarté en droit : le document se déclare incompétent sur la répartition des compétences (p. 38, art. L. 161-37 du code de la sécurité sociale), alors que la HAS rend des avis sur les protocoles de coopération (art. L. 4011). Les programmes qu'il cite en exemple (plan écossais de 2018 mis en œuvre par Childsmile, Designed to Smile, pp. 19-20) reposent sur la délégation : brossage supervisé par le personnel des crèches et écoles formé par le NHS, vernis par des assistantes dentaires à compétences étendues ; l'Angleterre a lancé en avril 2025 un programme ciblé de brossage supervisé des 3-5 ans en zones défavorisées. En France, l'assistant dentaire de niveau 2 prévu par la loi du 19 mai 2023 n'a jamais vu le jour faute de textes d'application ; la profession d'assistant en santé bucco-dentaire votée au Sénat en novembre 2025 attend l'Assemblée nationale. Un texte qui prescrit plus d'actes sans dire qui les fera n'est pas applicable en l'état.

LE VIEILLISSEMENT : IDENTIFIÉ, JAMAIS PROGRAMMÉ

Le texte identifie l'entrée dans le vieillissement comme un moment clé (p. 124) et liste les interventions efficaces (SDF, 5 000 ppm, TRA, p. 107). Mais ni programme populationnel ni effectifs : 7,7 millions de personnes de 75 ans et plus, quand les mesures se résument à une intégration espérée dans « Mon bilan prévention » (p. 132) et à l'examen d'entrée en EHPAD instauré par la convention en 2025 (près de 575 000 résidents, quand l'état est déjà dégradé). Les scores de Fried et Rockwood proposés par le groupe de travail (p. 52) ne sont collectés nulle part en routine, quand le GIR, déjà évalué pour 1,4 million de bénéficiaires de l'APA, permettrait de flécher dès demain bilans, vernis et SDF à domicile. Un programme à objectif chiffré existe à l'état de proposition (« Bien vieillir avec des dents », Baudot 2024 : 20 dents pour 80 % des personnes de 85 ans en 2040) ; le Japon a démontré la faisabilité de cette architecture avec sa campagne 8020 (personnes de 80 ans conservant 20 dents : 7 % en 1987, 51 % en 2016, 61 % en 2024).

III. LA MÉTHODE

UNE REVUE SYSTÉMATIQUE QUI N'EN EST PAS UNE

Le document revendique une « revue critique systématique de la littérature » (p. 40). Les standards de l'exercice sont absents : PRISMA n'est jamais cité ; des schémas de sélection existent par question, mais sans total dédoublonné, sans nombre de textes intégraux lus et sans double sélection indépendante (deux chefs de projet ont lu titres et résumés, p. 40, sans procédure de désaccord) ; aucun enregistrement de protocole. L'annexe censée contenir les critères d'inclusion et d'exclusion (Annexe 2) est une « approche PICOT » : « études observationnelles de grande taille » sans seuil, critères de jugement sans critère principal, chevauchements entre revues traités au cas par cas sans règle préalable. Le contrôle qualité des revues incluses est annoncé avec la grille « R-AMSTAR-2 » (p. 41), nom qui confond deux grilles existantes, mais aucun jugement AMSTAR n'est publié pour aucune revue ; les tableaux portent un « niveau de certitude » de type GRADE dont la méthode d'attribution n'est décrite nulle part. Les recommandations étrangères du panorama n'ont fait l'objet d'aucune évaluation (AGREE II). La transposabilité est à géométrie variable : les recommandations non européennes sont écartées (p. 17), mais quatre des six études fondant l'âge du premier examen sont américaines (Medicaid, assurances privées), non-transférabilité que le document constate (p. 55) sans en tirer de conséquence. L'identification des populations cibles repose sur une « recherche non exhaustive » (p. 43) : 186 articles réduits à 50, puis 57 après ajout du groupe de travail, sans critère énoncé .

DES « CONVERGENCES » ENTRE ÉTUDES INCOMMENSURABLES

Sur l'âge d'initiation, les trois revues « convergentes » du Tableau 10 portent sur trois objets distincts : l'âge de la première visite (bases de remboursement américaines), le dépistage par les médecins de soins primaires (excluant les actes des dentistes), la régularité des visites sans mesure de l'âge d'initiation ; le tableau reconnaît une « forte hétérogénéité des définitions ». Pour le brossage, le Tableau 14 liste quatre revues et un consensus d'experts, le Tableau 15 en compare quatre, et le texte conclut que « les trois études convergent vers un même constat » (p. 71) : un programme scolaire supervisé, des fréquences auto-déclarées et un âge d'initiation fusionnés, deux résultats non significatifs imprimés au Tableau 15 (DMFT, p = 0,75 ; OR 1,40 [0,91-2,16]) requalifiés en « moins constant » et « risque plus élevé ». Le décompte de votes fondé sur la significativité est jugé inacceptable par le Cochrane Handbook ; la ligne directrice SWiM (Campbell 2020) impose au minimum d'expliciter la méthode de synthèse et ses limites, ce que le document ne fait pas.

DES DISPOSITIFS RECONDUITS SANS PREUVE

La HAS entérine l'extension de M'T dents à un quart de la population décidée par l'Assurance maladie (« opportunité majeure », p. 127) sans indicateur d'impact : depuis 2007, le programme n'a produit que des taux de recours, et ses propres chiffres décrivent un échec de ciblage (probabilité de participation réduite de 73 % chez les bénéficiaires de la CMU-C, Tableau 4 : la loi des soins inverses), constaté sans objectif chiffré ni indicateur de réduction de l'écart. L'Écosse a intégré une évaluation permanente à Childsmile et documente, pour le brossage en crèche, des coûts de soins évités supérieurs au coût du programme (Anopa 2015) ; rien d'équivalent n'est prévu, et le document reconnaît (p. 17) que le renouvellement de l'enquête « Générations sans carie » n'est pas garanti (enquête nommée tantôt « Génération », tantôt « programme », et dont l'évaluation économique est recommandée p. 140 comme pour un programme). La synthèse du panorama (p. 20) tire une « convergence autour des principes essentiels » d'un tableau qui mêle normes, recommandations et programmes de financement.

IV. L'ANGLE MORT ÉCONOMIQUE

UN VIDE CONSTATÉ, PUIS RENVOYÉ AUX AUTRES

Le protocole posait la question : « quel serait le coût de l'actualisation des recommandations » (p. 37). Le document y répond en constatant « l'absence d'évaluations économiques des stratégies de prévention en France » (p. 117) et en déduit qu'il ne peut identifier ni les coûts induits ni les coûts évités de ses propres recommandations (p. 139). Sa seule recommandation économique formelle consiste à souhaiter des « évaluations économiques systématiques » de M'T dents et de « Générations sans carie » (p. 140). Par qui ? La commission qui porte ce document, la CEESP (p. 38), est précisément celle que la HAS a chargée de l'évaluation économique, avec un guide méthodologique dédié. La question ne s'adresse pas au groupe de travail mais à l'institution : constater un vide que l'on a mission de combler, puis le renvoyer à d'autres, laisse la recommandation sans base économique. Refuser par ailleurs de hiérarchiser les populations cibles « pour des raisons éthiques » (p. 53) revient à les hiérarchiser implicitement, en reconduisant une allocation dont le document constate lui-même qu'elle profite le moins à ceux qui en ont le plus besoin (pp. 53, 65) ; il admet d'ailleurs ne pas pouvoir « estimer [...] les populations cibles » ni « optimiser l'allocation des ressources » (p. 117).

LE ROYAUME-UNI : UNE QUESTION CLINIQUE, UN ESSAI CHIFFRÉ

Outre-Manche, le programme HTA du NIHR finance des essais pragmatiques en cabinet de ville, avec une évaluation économique intégrée dès le protocole, dont les résultats alimentent le NICE. La France n'a aucun programme dédié aux essais pragmatiques en soins dentaires de ville.

QUATRE ESSAIS NIHR HTA SUR LES QUESTIONS DU DOCUMENT

- **INTERVAL** (2020) : 2 372 adultes NHS, 4 ans, commandé pour tester la recommandation NICE de 2004 ; aucune différence de saignement ni de qualité de vie ; le rappel à 24 mois est le moins coûteux, l'efficience dépendant du périmètre de valorisation retenu.
- **Seal or Varnish?** (2017) : le vernis semestriel ne fait pas différemment du scellement entretenu, pour 68 £ de moins par enfant.
- **FiCTION** (2020) : 1 144 enfants de 3-7 ans, prise en charge des caries des dents temporaires, coût-efficacité.
- **IQuaD** (2018) : 1 877 adultes, conseils d'hygiène et détartrage, analyse coût-bénéfice.

Le document cite INTERVAL pour ses résultats cliniques et de préférence, en annexe sa monographie HTA, jamais son volet économique, et ignore les trois autres.

LA FRÉQUENCE DES VISITES, CAS D'ÉCOLE

Le contexte britannique éclaire le débat : le rappel semestriel y était la consigne universelle, jusqu'à ce que le NICE la remplace en 2004 par un intervalle de 3 à 24 mois, testé ensuite par INTERVAL (p. 65). Le document en retient une absence de différence, mais manque deux distinctions. D'abord, la consigne individuelle fixée par le praticien n'est pas le message de santé publique. Ensuite, l'efficience : le groupe de travail évoque « à titre indicatif » un suivi « au moins annuel » comme « socle minimal » (p. 66), alors que la recommandation écarte toute périodicité uniforme (p. 131) et que le texte reconnaît qu'une fréquence standardisée profiterait d'abord aux patients déjà suivis (p. 65) ; c'est pourtant l'examen annuel universel des 3-24 ans qu'il salue comme « opportunité majeure » (p. 127). Enfin, l'intervalle ne se déduit pas du seul risque carieux : la check-list du NICE inclut parodonte, érosion et muqueuses, que le document n'envisage pas ; et les critères principaux d'INTERVAL sont le saignement gingival et la qualité de vie (Clarkson 2020), la carie n'étant que secondaire, seule retenue au Tableau 12.

DES ARBITRAGES LAISSÉS SANS PRIX

Le document discute plusieurs choix d'allocation sans en donner le moindre ordre de grandeur. Chez les personnes dépendantes, la visite est la ressource rare et coûteuse, quand le dentifrice à 5 000 ppm appliqué à domicile est peu coûteux et efficace sur les caries radiculaires ; le texte recommande socle fluoré, suivi régulier et interventions « proportionnées aux contraintes de terrain » (p. 124) sans dire laquelle vaut quoi. Chez l'enfant, vernis et scellement sont recommandés côte à côte, sans arbitrage. Le partage des tâches n'est pas chiffré ; le ciblage des populations n'est modélisé nulle part.

LES INSTRUMENTS POPULATIONNELS, INTROUVABLES

Taxation des boissons sucrées, publicité alimentaire, reformulation, étiquetage, fiscalité du dentifrice fluoré (TVA à 20 %) : aucun de ces termes n'apparaît. Le document renvoie l'alimentation à Santé publique France et au PNNS (p. 37), qu'il cite pour l'« amélioration de l'environnement alimentaire » sans en nommer un seul instrument. La taxe anglaise sur les sodas est pourtant associée à une baisse de 12 % des hospitalisations pour extractions carieuses chez les 0-18 ans, concentrée avant 5 ans (Rogers 2023) ; la taxe française, créée par la loi de finances pour 2012, n'a jamais été évaluée sur un critère dentaire.

CE QUE POLICYS PROPOSE

- Que la HAS inscrive à son programme, via la CEESP, des évaluations médico-économiques (coût par carie évitée, coût par QALY) des arbitrages recommandés, des scénarios de ciblage et des scénarios de partage des tâches.
- Un financement national d'essais pragmatiques en soins dentaires de ville, sur le modèle NIHR HTA.
- Un dispositif d'évaluation de M'T dents avant toute extension : contenu des examens tracé, appariement SNDS avec « Générations sans carie », dont le document évoque la complémentarité (p. 127) sans la prescrire.

POLICYS Dental Strategy

Policys est un cabinet de conseil indépendant spécialisé dans l'économie et la stratégie du secteur dentaire français et européen. Il intervient auprès d'industriels, d'investisseurs et d'acteurs institutionnels sur les questions de marché, de démographie professionnelle, d'accès aux soins et de politiques de prévention.

mazevet@policys.fr