



World Alliance for Mercury-Free Dentistry
Alliance Mondiale pour une dentisterie sans mercure
Всемирный альянс за стоматологию без ртути
Alianza Mundial por una Odontología Sin Mercurio
التحالف العالمي لطب أسنان خال من الزئبق
世界无汞牙科联盟

Appliquer l'amendement sur les enfants - c'est la loi du traité. Date limite : 28 Septembre 2023

Plus de plombages au mercure pour les enfants ! Plus de plombages au mercure pour les femmes enceintes et allaitantes !

Les amalgames dentaires sont composés à 50 % de mercure.

Pour protéger les groupes de population les plus vulnérables contre les amalgames, les parties ont ajouté l'**amendement sur les enfants** à la convention de Minamata : *“Proscrire ou empêcher, en prenant des mesures appropriées, ou déconseiller l'utilisation d'amalgames dentaires dans les interventions sur des dents de lait, des patients de moins de 15 ans et des femmes enceintes ou allaitantes, à moins que le praticien de l'art dentaire ne l'estime nécessaire en raison des besoins du patient..”*

Les parties doivent agir. Ils doivent choisir l'une des voies possibles pour appliquer l'amendement sur les enfants :

1. **Éliminer progressivement tous les amalgames** : Chaque année, la liste des pays qui interdisent l'utilisation des amalgames ou qui ont adopté une date proche pour leur élimination s'allonge : *Afrique* : Tanzanie, Gabon, Uganda ; *États arabes* : Bahreïn, Koweït, Qatar, Émirats arabes unis ; *Asie* : Mongolie, Philippines, Indonésie, Japon ; *Îles* : Saint-Kitts-et-Nevis, Nouvelle-Calédonie ; *Europe* : Les 27 Pays de l'Union européenne, Moldavie, Norvège.[i]¹
2. **Pas d'amalgame pour les enfants** : Dizaines de pays ont mis fin à l'utilisation des amalgames chez les enfants : *Asie* : Bangladesh, Chine, Népal, Thaïlande, Vietnam ; *États arabes* : Arabie Saoudite ; *Afrique* : Tunisie, Maurice, Zambie ; *GRULAC* : Équateur, Panama ; *Europe* : Albanie, Islande et Royaume-Uni. Plusieurs pays de cette liste ont également mis fin à l'utilisation d'amalgames chez les femmes enceintes et allaitantes.²

L'Alliance mondiale exhorte : **Pas d'amalgame dans les programmes publics** : La Bolivie, le Salvador, le Paraguay, le Pérou, la Guyane, l'Uruguay, Sainte-Lucie et le Mozambique ont mis fin à l'utilisation des amalgames dans les programmes publics. Il est essentiel de protéger les pauvres !³

3. **Recommander aux dentistes, aux fabricants, aux consommateurs et aux parents de mettre fin à l'utilisation des amalgames dans les populations vulnérables** : Aucune partie ne peut rester les bras croisés ! Au minimum, les parties doivent demander des communications sur la sécurité, exiger des mises en garde des fabricants, imprimer des brochures pour les patients, modifier les programmes des écoles dentaires, etc. Les États-Unis et le Canada, par leurs agences de santé, ont adopté de telles recommandations⁴

Information / Assistance

Chief Dental Officer: Dr. Graeme Munro-Hall, gmh@steeps.net
Africa: Dr. Gilbert Kuepouo, gkuepouo@gmail.com
Griffins Ochieng, ogriffins@cejadkenya.org
Dominique Bally, ballynicus@hotmail.com

Worldwide: Charlie Brown, charlie@toxicteeth.org
Europe: Florian Schulze, florian.schulze@envmed.org
Island States: Hemsing Hurrinag, panadion@gmail.com
Arab States: Ziyad Alawneh, ziyadalawneh@gmail.com

Avantages de l'application de l'amendement sur les enfants

- **L'amendement sur les enfants protège les populations vulnérables :** Le cerveau et le système neurologique en développement des enfants sont particulièrement sensibles aux effets neurotoxiques du mercure. Comme l'indique la convention de Minamata, les parties sont « conscientes des préoccupations en matière de santé, en particulier dans les pays en développement, résultant d'une exposition au mercure des populations vulnérables, notamment les femmes, les enfants et, par leur intermédiaire, les générations futures.»⁵ Comme l'explique le rapport de l'Organisation mondiale de la santé « Future Use of Materials for Dental Restoration » des matériaux de restauration alternatifs de qualité suffisante sont disponibles pour être utilisés dans la dentition de lait des enfants.⁶ Entre la non-pertinence de la longévité des obturations dans les dents de lait à courte durée de vie⁷ et les taux d'échec plus élevés de l'amalgame dans ces dents⁸, l'utilisation de l'amalgame au lieu d'obturations sans mercure chez les enfants ne peut plus être justifiée.
- **L'amendement sur les enfants protège l'environnement :** Entre 226 et 322 tonnes de mercure dentaire sont utilisées chaque année dans le monde.⁹ Mercure dentaire pénètre dans l'environnement par de nombreuses voies dangereuses, polluant (1) l'air par la crémation, les émissions des cliniques dentaires et l'incinération des boues ; (2) l'eau par les rejets des cliniques dentaires et les déchets humains ; et (3) le sol par les décharges, les enterrements et les engrais.¹⁰ En conséquence, de nombreux enfants dans le monde sont exposés à une double dose de mercure provenant des amalgames : une première fois lorsqu'ils sont implantés dans leurs dents et une seconde fois lorsqu'ils contaminent leur environnement et les poissons qu'ils consomment. Des études montrent qu'une fois les coûts environnementaux pris en compte, l'amalgame est plus cher que le composite.^{11,12} En réduisant la consommation d'amalgames, la mise en œuvre de l'Amendement pour les enfants protège l'environnement.
- **L'amendement sur les enfants protège et renforce la santé bucco-dentaire :** Les études montrent que les obturations composites sans mercure peuvent durer aussi longtemps - et même plus longtemps - que les amalgames (bien que ce fait ne soit pas pertinent pour les dents de lait à courte durée de vie des enfants).^{13,14,15,16,17,18,19,20} Les obturations sans mercure présentent également des avantages en termes de santé et d'économies par rapport aux amalgames. Tout d'abord, les obturations sans mercure préservent la structure de la dent qui doit être enlevée pour placer une obturation à l'amalgame, ce qui peut augmenter la longévité de la dent elle-même.^{21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31} Deuxièmement, les obturations sans mercure peuvent aider à prévenir les caries futures.^{32,33,34} Troisièmement, le composite peut être plus facile à réparer que l'amalgame.^{35,36,37}

Arrêtez de mettre du mercure dans la bouche de nos enfants !

Mettez les amalgames à leur place : dans les déchets dangereux de l'histoire !

¹ First full national reports of the Minamata Convention on Mercury due by 31 December 2021, <https://www.mercuryconvention.org/en/parties/reporting>; Minamata Convention Initial Assessments (MIAs) Global Dental Amalgam Tracker <https://environmentalmedicine.eu/mercury-free-dentistry-for-planet-earth/>

² Regulation (EU) 2017/852 of the European Parliament and of the Council of 17 May 2017 on mercury, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017R0852&from=EN>

³ First full national reports of the Minamata Convention on Mercury due by 31 December 2021 and other national submissions to the Secretariat of the Convention

⁴ USA: <https://www.fda.gov/medical-devices/safety-communications/recommendations-about-use-dental-amalgam-certain-high-risk-populations-fda-safety-communication>;
Canada: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/reports-publications/medical-devices/safety-dental-amalgam-health-canada-1996.html>

⁵ Minamata Convention on Mercury (2013), http://mercuryconvention.org/Portals/11/documents/Booklets/Minamata%20Convention%20on%20Mercury_booklet_English.pdf

⁶ World Health Organization, *Future Use of Materials for Dental Restoration* (2011), http://www.who.int/oral_health/publications/dental_material_2011.pdf, p.35

⁷ BIO Intelligence Service (2012), *Study on the potential for reducing mercury pollution from dental amalgam and batteries*, Final report prepared for the European Commission-DG ENV, p.69

⁸ Reinhard Hickel et al., *Longevity of occlusally-stressed restorations in posterior primary teeth*, AMERICAN JOURNAL OF DENTISTRY, Vol. 18, No. 3, June 2005

⁹ UN Environment (2017): *Global mercury supply, trade and demand*. United Nations Environment Programme, Chemicals and Health Branch, Geneva, Switzerland, 2017.

¹⁰ Concorde East West, *The Real Cost of Dental Mercury* (March 2012), http://www.zeromercury.org/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=158%3Athe-real-cost-of-dental-mercury&Itemid=70

¹¹ Owen, Benjamin D., et al. *Placement and replacement rates of amalgam and composite restorations on posterior teeth in a military population*. U.S. Army Medical Department Journal, July-Sept. 2017, p. 88+

¹² Lars D. Hylander & Michael E. Goodsite, *Environmental Costs of Mercury Pollution*, Science of the Total Environment 368 (2006) 352-370

¹³ Palotte, U. et al., 2017, *Longevity of 2- and 3-surface restorations in posterior teeth of 25- to 30-year-olds attending public dental service—A 13-year observation*. Journal of Dentistry 62, 13-17

¹⁴ Vieira AR et al. (2017) *A Pragmatic Study Shows Failure of Dental Composite Fillings Is Genetically Determined: A Contribution to the Discussion on Dental Amalgams*. Front. Med. 4:186.

¹⁵ Owen, Benjamin D., et al. *Placement and replacement rates of amalgam and composite restorations on posterior teeth in a military population*. U.S. Army Medical Department Journal, July-Sept. 2017, p. 88+

¹⁶ McCracken MS, et al. *A 24-month evaluation of amalgam and resin-based composite restorations: Findings from the National Dental Practice-Based Research Network*. J Am Dent Assoc. 2013;144(6):583-593

¹⁷ Heintze, S.D. & Rousson, V. 2012, *Clinical effectiveness of direct class II restorations - a meta-analysis*, The Journal of adhesive dentistry, vol. 14, no. 5, p.408

¹⁸ N.J.M. Opdam, E.M. Bronkhorst, B.A.C. Loomans, and M.-C.D.N.J.M. Huysmans, *12-Year Survival of Composite vs. Amalgam Restorations*, JOURNAL OF DENTAL RESEARCH (October 2010), Vol. 89, 10: pp. 1063-1067

¹⁹ Opdam NJ, Bronkhorst EM, Roeters JM, Loomans BA. *A retrospective clinical study on longevity of posterior composite and amalgam restorations*. Dent Mater 2007;23(1):2-8

²⁰ BIO Intelligence Service (2012), *Study on the potential for reducing mercury pollution from dental amalgam and batteries*, Final report prepared for the European Commission-DG ENV, p.69

²¹ I. A. Mjor and A. Jokstad, *Five-year study of Class II restorations in permanent teeth using amalgam, glass polyalkenoate (ionomer) cement and resin-based composite materials*, J. Dent. 1993; 21: 338-343

²² Walls AW, et al. *The management of occlusal caries in permanent molars. A clinical trial comparing a minimal composite restoration with an occlusal amalgam restoration*. Br Dent J 1988; 164: 288-292, pp.363, 366

²³ Donovan TE, *Longevity of the tooth/restoration complex: a review*, Journal of the California Dental Association [01 Feb 2006, 34(2):122-128], https://www.cda.org/Portals/0/journal/journal_022006.pdf

²⁴ JIM Roeters, ACC Shortall, and NIM Opdam, *Can a single composite resin serve all purposes?*, BRITISH DENTAL JOURNAL 199, 73 - 79 (2005), <http://www.nature.com/bdj/journal/v199/n2/full/4812520a.html>

²⁵ Christopher D. Lynch, et al., *Minimally invasive management of dental caries: Contemporary teaching of posterior resin-based composite placement in U.S. and Canadian dental schools*, J AM DENTA ASSOC 2011; 142; 612-620

²⁶ Andre V. Ritter, DDS, MS, *Clinical Techniques: A Review of Posterior Composites*, ADA Professional Product Review (Oct. 2011), p.3

²⁷ Joseph B. Dennison, DDS, MS & James C. Hamilton, DDS, *Treatment Decisions and Conservation of Tooth Structure*, Dent Clin N Am 49 (2005) 825-845

²⁸ NIM Opdam et al. (2016) *From "Direct Versus Indirect" Toward an Integrated Restorative Concept in the Posterior Dentition*. Operative Dentistry: September 2016, Vol. 41, No. 57, pp.527-534

²⁹ Norway Directorate for Health and Social Affairs, *A National Clinical Guideline for the Use of Dental Filling Materials: Information for Dental Health Care Personnel*, pp. 6, 8, 15

³⁰ European Commission Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks, *Final opinion on the safety of dental amalgam and alternative dental restoration materials for patients and users* (2015), p.69

³¹ BIO Intelligence Service (2012), *Study on the potential for reducing mercury pollution from dental amalgam and batteries*, Final report prepared for the European Commission-DG ENV, p.77

³² Mickenausch S, Yengopal V. *Absence of carious lesions at margins of glass-ionomer cement and amalgam restorations: An update of systematic review evidence*. BMC Research Notes. 2011;4:58

³³ Mandari GJ, et al.: *Six-Year Success Rates of Occlusal Amalgam and Glass-Ionomer Restorations Placed Using Three Minimal Intervention Approaches*. Caries Res 2003;37:246-253

³⁴ Lynch et al., *Managing the phase-down of amalgam: part I. Educational and training issues*, British Dental Journal (Aug. 2013).

³⁵ JIM Roeters, ACC Shortall, and NIM Opdam, *Can a single composite resin serve all purposes?*, BRITISH DENTAL JOURNAL 199, 73 - 79 (2005), <http://www.nature.com/bdj/journal/v199/n2/full/4812520a.html>

³⁶ Christopher D. Lynch, et al., *Minimally invasive management of dental caries: Contemporary teaching of posterior resin-based composite placement in U.S. and Canadian dental schools*, J AM DENTA ASSOC 2011; 142; 612-620,

³⁷ Niek J.M. Opdam, *Longevity of repaired restorations: A practice based study*, Journal of Dentistry 40 (2012) 829 - 835