

# 16<sup>ÈME</sup> JOURNÉE DE SANTÉ PUBLIQUE DENTAIRE

*QUELS ENJEUX AUJOURD'HUI EN SANTÉ ORALE ?*



# 16 JOURNÉE DE SANTÉ ÉME PUBLIQUE DENTAIRE

*QUELS ENJEUX AUJOURD'HUI EN SANTÉ ORALE ?*

# SOMMAIRE

## OUVERTURE

- 4 **Mme Marie KENNEDY**, Vice-présidente chargée de la petite enfance et de la PMI du conseil départemental du Val-de-Marne.
- 6 **Dr Evelyne BAILLON-JAVON**, Présidente de la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire
- 7 **Pr Marie-Cécile MANIERE**, Co-présidente scientifique, Faculté de Chirurgie Dentaire, Université de Strasbourg
- 8 **Dr Marc SCHOENE**, Co-président scientifique, Président de l'Institut Théophraste Renaudot

## PROMOUVOIR LA SANTÉ ORALE

Modérateur : Dr Marc SCHOENE

Les grandes orientations de la loi de modernisation de notre système de santé

- 11 **Dr Vincent METTAUER**, chargé de mission «Accompagnement des Agences Régionales de Santé (ARS)» au Secrétariat Général des Ministères Sociaux

Nutrition et santé orale : des messages complémentaires

- 6 **Dr Michel CHAULIAC**, Responsable PNNS à la Direction Générale de la Santé, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

Maisons et pôles de santé : travailler en équipe pour mieux soigner

- 19 **Dr Jean-Louis DURAFOUR**  
**Christophe PORTIER**  
Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

## LA PRÉVENTION, TOUJOURS D'ACTUALITÉ ?

### TABLE RONDE

Modératrice : Dr sylvie AZOGUY-LEVY

- 23 **Avec : Dr Evelyne BAILLON-JAVON**, Présidente de la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire.

- 24 **Dr Michel DEVRIESSE**, Société de Médecine Dentaire, Association Dentaire Belge Francophone

- 26 **Dr Sophie DARTEVELLE**  
F Présidente de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

- 27 **Dr Didier JOURDAN**

## DÉBAT

### DES EXPÉRIENCES QUI INTERPELLENT

Modératrice : Pr Marie-Cécile MANIERE

Ouverture de la session par le Pr Marie-Cécile MANIERE

La nouvelle situation de la santé bucco-dentaire dans le val-de-marne à 6 et 12 ans : enquête épidémiologique 2015

- 35 **Dr Ariane EÏD**, Service de Santé Publique dentaire - Conseil départemental du Val-de-Marne

- 50 ans de prévention bucco-dentaire 40 **Dr Jacques WEMAERE**, Vice-Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire
- La place actuelle du Fluor en prévention 42 **Dr Dominique DROZ**, MCU-PH, responsable de la sous-section d'Odontologie Pédiatrique, Faculté d'Odontologie de Nancy, Université de Lorraine
- La place des Usagers 44 **Thomas SANNIER**  
Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS)

## DÉBAT

### COMMUNICATIONS

Modérateur : Dr Caroline DELFOSSE

- Education thérapeutique et odontologie pédiatrique : un nouvel enjeu dans la prise en charge de la carie précoce du jeune enfant 46 **Dr Thomas MARQUILLIER**, AHU- Faculté de Chirurgie-Dentaire, Université de Lille
- Evaluation interne du Réseau «Santé Bucco-Dentaire et Handicap Rhône-Alpes» 49 **Dr Caroline GONDLACH**, UFR d'Odontologie, Université de Clermont-Ferrand
- Etude portant sur la prévention en Périnatalité 57 **Dr Sahar MOUSSA-BADRAN**, UFR d'Odontologie, Université de Reims
- Organisation territoriale innovante pour les soins bucco-dentaires des personnes en situation de handicap, tout âge et toutes déficiences 61 **Dr Sylvie ALBECKER**, Présidente de l'Association des chirurgiens-dentistes en charge du Réseau Handident Alsace
- Quand les perturbateurs endocriniens aggravent les inégalités en santé bucco-dentaire 62 **Dr Nathalie FERRAND**, Réseau Environnement Santé et Présidente de la commission éco-responsabilité du Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes (SFCD)
- Journée Bouche Ouverte : promotion et instauration de la consultation « Santé Bucco-Dentaire et addictologie » au Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie de Nancy, 63 **Dr Thomas MERCIER**, AHU- UFR d'Odontologie, Université de Lorraine
- « 2006-2016 : solutions de multi-partenariat en réponse aux besoins de soins et d'éducation en santé bucco-dentaire pour les enfants de 4 à 16 ans de la ville de Roubaix » 65 **Pr Monique-Marie ROUSSET**, UFR d'Odontologie, Université de Lille

## DÉBAT

**PRIX FRANÇOISE ROTH** 69

**CONCLUSION** 69

**POSTER** 69

# OUVERTURE



## MARIE KENNEDY

*Vice-présidente chargée de la Petite Enfance et de la PMI du Conseil départemental du Val-de-Marne*

Madame la Présidente de l'ASPBD,  
Madame, Monsieur les Présidents scientifiques,

Cette 16ème journée de santé publique dentaire s'ouvre aujourd'hui dans la Maison des syndicats, du nom de Michel Germa, qui fut Président de notre Conseil général et le premier à considérer comme indispensable la santé bucco-dentaire des val-de-marnaises et val-de-marnais, dès le plus jeune âge.

C'est en effet en 1990, que notre collectivité a mis en place un programme de santé bucco-dentaire innovant sur notre territoire, venant compléter une vaste politique d'action sociale et de prévention en direction de la petite enfance et des familles.

26 ans après, notre Département est confronté à de telles réductions de moyens imposées par l'Etat, au nom d'une politique d'austérité privilégiée, que nous nous interrogeons, comme vous allez le faire aujourd'hui, sur LES ENJEUX DE LA SANTE ORALE DEMAIN ?

Car, s'il nous a fallu près de 20 ans pour améliorer sensiblement la santé bucco-dentaire des enfants à 6 et 12 ans, nous hissant au même niveau que les meilleurs pays d'Europe, ... Il n'a suffi que de quelques années pour reculer d'une décennie. Des résultats qui ne nous étonnent pas et vous seront présentés cette après-midi par le Dr Arianne Eid, qui a succédé au Dr Cohen, à la tête du service de santé publique dentaire de notre Département et que je salue tous deux.

Comment en serait-il autrement, quand bien des indicateurs de santé sont dans le rouge, quand cette année encore une très large majorité de nos concitoyens considèrent élevé le risque que leurs enfants connaissent un jour la précarité.

Les conséquences de ce basculement sont sévères, notamment dans le domaine de l'accès à la santé. Les difficultés financières poussent une partie significative de la population, et surtout de foyers modestes, à retarder des soins, ou même, à y renoncer totalement, particulièrement dans le domaine dentaire et optique.

Au-delà des chiffres, il y a bien un désinvestissement en matière de promotion de la santé par l'Etat et l'Assurance maladie, comme en témoigne, depuis plusieurs années, la suppression des actions de promotion de la santé bucco-dentaire en milieu scolaire financés par la CNAMTS, dénoncé tant par l'ASPBD (Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire) que par l'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire).

Alors oui, vous avez raison aujourd'hui de vous poser la question de l'avenir de la santé orale, car nous ne devons pas nous résigner, et il ne suffit pas de s'indigner ; il nous faut agir et réagir ! La plupart de ces maladies bucco-dentaires peuvent être évitées ou traitées dès leur apparition.

Les acteurs de la promotion de la santé sont multiples ; mais la citoyenneté est un trait de reconnaissance réciproque qui place l'individu comme acteur de prévention. Cette approche nous a toujours paru fondamentale, et elle traverse toutes nos activités départementales, notamment celles en direction de la petite enfance.

A ce niveau, notamment dans nos 76 crèches et 56 centres de PMI, nous privilégions la formation des personnels et des parents, en ayant le souci permanent de la sensibilisation et de l'éducation à la santé.

Pour autant, nous ne pouvons construire des protocoles et des outils adéquats, sans une bonne connaissance du milieu dans lequel nous voulons évoluer. La mise en place par la DPMI du bilan de santé des enfants de 3/4 ans, dans toutes les écoles maternelles du Val-de-Marne depuis 2014, et la poursuite d'une surveillance bucco-dentaire en classe de CE1, y contribuent. Ils permettent d'évaluer, quartier par quartier, territoire par territoire, la prévalence carieuse après bilan dentaire à 6 ans.

Les études et enquêtes épidémiologiques nationales manquant cruellement dans notre pays, il est primordial de travailler, comme vous allez le faire aujourd'hui, pour mieux comprendre les habitudes de vie, les évolutions socio-économiques et

culturelles en matière nutritionnelle ou d'hygiène.

L'an dernier, je m'inquiétais de l'approbation par la majorité des parlementaires de la Loi de modernisation de notre système de santé, en pointant combien la Ministre parlait de prévention, alors que, dans le même temps, elle n'en donnait pas les moyens nécessaires.

Force est de constater, hélas, que ces actes me donnent raison car rien ne permet de penser que la négociation en cours entre les syndicats dentaires libéraux et la CNAMTS aboutissent à des moyens supplémentaires pour la promotion de la santé bucco-dentaire. Pis, la cour des comptes dans son dernier rapport, préconise la sortie du dentaire de la prise en charge par l'Assurance maladie, arguant du fait que, déjà, c'était peu de chose, et la confier ainsi quasi totalement aux complémentaires santé et aux réseaux de soins assurantiels !

L'éducation à la santé ne se résume pas à des messages, mais nécessite un contexte favorable à l'adoption et au maintien de comportements favorables à la santé en apportant des informations, en assurant un lien avec des services personnalisés, en apportant une lisibilité des stratégies de prévention.

Madame, Monsieur, vous l'aurez compris, notre collectivité se réjouit de ce travail que Madame et Monsieur les présidents, vous avez préparé pour cette journée, et je vous en remercie vivement, comme je remercie le comité scientifique, le service de santé publique dentaire et l'ASPBD de leur collaboration, ...

Si nous ne nous mobilisons pas pour exiger ensemble les moyens d'une véritable politique de santé publique dentaire en France, prônant l'éducation, la prévention et la promotion de la santé, ce sont des jours encore plus difficiles que nous allons connaître et une dégradation de la santé, et de qualité de vie, ce que, j'en suis persuadée, nous ne voulons pas.

Je vous souhaite d'excellents et fructueux travaux.

Merci de votre attention.

*Applaudissements*





### **DR EVELYNE BAILLON-JAVON**

*Présidente de la Société Française des Acteurs  
de la Santé Publique Bucco-Dentaire*

Bonjour à toutes et à tous et merci d'être présents à cette 16e journée de Santé Publique bucco-dentaire qui promet d'être des plus intéressantes !

Tout d'abord je voudrais remercier le Conseil départemental du Val de Marne qui, une fois de plus nous soutient dans l'organisation de cette journée.

Je voudrais ensuite rendre un hommage particulier à 2 personnes qui pendant des années ont permis la réussite de cette journée qui réunit depuis 16 ans les professionnels de la santé et du social autour de la santé dentaire de nos concitoyens. Les habitués connaissent bien Frédéric Courson qui m'a précédé à la Présidence de l'ASPBD (la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire) et qui, par ses compétences, a permis que chaque année un thème différent rende cette journée intéressante, utile et productive. Qu'il soit remercié pour son investissement et tout ce qu'il a apporté à notre association.

Mais vous connaissez sans doute moins Philippe Hugues car sa modestie et sa discrétion n'ont pas permis de valoriser l'immense travail qu'il a accompli dans l'ombre. L'organisation est un de ses points forts ! Que ce soit pour les réunions du Comité scientifique et leurs comptes rendus, la formalisation du programme de la journée, toute la logistique de la journée (accueil, pochette pour les participants, traiteur, sono et enregistrement des débats, ... et j'en passe !) puis la rédaction des actes de la journée, sa rigueur a permis que tout se passe toujours comme si c'était facile et naturel, alors que derrière, il y avait énormément de travail et d'énergie ! Qu'il soit ici chaleureusement remercié pour toutes ces années de travail. Il nous laisse une association et une organisation de cette journée annuelle bien structurées pour que nous puissions continuer avec la même qualité.

Chaque année se posait la question : quel thème choisir ? Il fallait à la fois se renouveler et être dans l'actualité. L'actualité en 2016 c'est quoi ? ce sont, semble-t-il, nous le verrons dans la journée, des indicateurs carieux qui ne s'améliorent plus, voire

qui s'aggravent à nouveau, c'est une nouvelle organisation de l'offre de soins qui se met en place progressivement, c'est l'affirmation par les politiques, une nouvelle fois, que « la prévention est une priorité » ! Mais qu'en est-il réellement ? Quelle prévention est adaptée dans la société d'aujourd'hui ? Quelles suites ont été données aux recommandations de la Charte d'Ottawa, dont nous fêtons cette année les 30 ans ! C'est en référence à ce document, qui n'a rien perdu de sa pertinence, que nous avons construit le programme de cette journée.

Nous avons aujourd'hui 2 co-Présidents scientifiques particulièrement compétents pour évoquer avec nos intervenants les divers axes de cette charte d'Ottawa :

Le Pr Marie-Cécile Manière du Département d'Odontologie Pédiatrique de la Faculté de Chirurgie dentaire de Strasbourg,

Le Dr Marc Schoene qui a assuré pendant 20 et quelques années la Présidence de l'Institut Renaudot, association qui promeut avec force et efficacité la démarche communautaire en santé.

Qu'ils soient tous les 2 remerciés d'avoir accepté cette mission, d'avoir élaboré avec l'ensemble du Comité scientifique le programme de cette journée et d'en animer les différents temps qui seront autant d'occasions d'apprendre et d'échanger sur la santé orale aujourd'hui.

Avant de leur laisser la parole, je dois aussi vous signaler des petits changements dans le programme de la journée.

Ce matin, nous déplorons le décès de Monsieur Daniel Carré, auquel je rends hommage pour son très fort investissement sur la place des usagers dans le système de santé.

L'intervention du CISS (Collectif Interassociatif sur la santé) sera assurée par Monsieur Thomas Sanié, Président de l'Association française des hérophiles et administrateur du CISS. Mais comme celui-ci ne pouvait se libérer que cet après-midi, nous avons dû inverser 2 interventions.



Nous aurons donc ce matin l'exposé sur les Maisons de Santé « Travailler en équipe pour mieux soigner » qui sera assuré, non par le Dr de Haas, mais par 2 confrères d'une MSP de Savoie, les Dr Durafour et Portier.

Et c'est en début d'après-midi que Thomas Sannié nous parlera de la place des usagers, que personnellement, je pense qu'on n'écoute pas assez...



### PR MARIE-CÉCILE MANIÈRE,

*Co-Présidente scientifique, Faculté de Chirurgie Dentaire, Université de Strasbourg*

Je suis très honoré que l'ASPBD m'ait demandé de co-présider cette journée, dont j'ai trouvé le thème extrêmement "interpellant". Effectivement la Charte d'OTTAWA, dans laquelle je me suis replongée pour la circonstance, avec cette question "qu'en est-il 30 ans après ?". Les signataires de cette charte, comme politique, voulait développer la promotion de la santé par des actions concertées, par des prises de décisions, par des stratégies, et j'ai l'impression que dans certains domaines, comme dans la santé bucco-dentaire, il n'y a pas de mise en application.

En tant qu'odontologiste pédiatrique, c'est tous les matins que je suis confrontée à des jeunes enfants atteints de caries précoces, à des enfants polycariés, à des enfants dont les familles sont en situation de précarité, et je reviendrai cette après-midi sur le concept de vulnérabilité, car c'est de notre responsabilité de se poser la question que fait-on vraiment pour ces patients, qui sont particulièrement sensibles à la carie dentaire, et la prévention est donc toujours d'actualité. Elle doit être développée à la fois sur des actions générales et en même temps réfléchir à des actions plus ciblées face à ces populations. En cela, je trouve admirable le travail qui est fait depuis toutes ces années au sein du Conseil général du Val-de-Marne, parce que s'il n'y a pas de volonté politique, les choses vont rester au mieux

Je déclare donc ouverte la seizième Journée de santé publique dentaire en souhaitant qu'elle vous soit fructueuse.

(Applaudissements)

dans un statut quo, et au pire régresser, si on entend les menaces qui pèsent sur les remboursements de certains soins.

Je ne vais pas m'attarder plus longtemps, d'autant que le programme est très original, et nous avons fait appel à des conférenciers d'horizons variés, et ils vont nous faire partager des expériences originales ou anciennes de 50 ans, des réseaux de soins qui se sont mis en place, de l'éducation thérapeutique, et tout ce qui tourne autour de la périnatalité, car en tant que pédodontiste,

On ne peut être que convaincu que la prévention doit commencer dès la grossesse de la maman, et tant mieux qu'il existe dans notre pays des établissements comme les PMI, car sans cela il y aurait beaucoup de femmes enceintes qui ne seraient pas du tout suivies.

Voilà, je vous souhaite une journée très fructueuse, notamment grâce à vos interventions et vos questions qui pourront l'enrichir grandement, et vais laisser la parole au Dr Marc Schoene, mon co-président.



### DR MARC SCHOENE

*Co-Président scientifique, Président de l'Institut Théophraste Renaudot*

Un grand merci aux organisateurs pour leur invitation.

Un grand bravo pour avoir choisi de placer cette journée sous les auspices de la Charte d'Ottawa et de la santé communautaire.

Un grand merci à Madame la Présidente, à Evelyne de m'avoir glissé l'autorisation de me lâcher pour ces mots d'introduction !

J'ai été très proche des acteurs de santé dentaire tout au long de ma vie professionnelle.

J'y ai appris combien la santé dentaire est un traqueur impitoyable des inégalités sociales de santé ; j'y ai appris combien la prévention, les soins conservateurs étaient des voies efficaces et efficaces. J'ai aussi pu mesurer combien la santé dentaire occupait une place particulière, marginale dans le champ de la santé publique.

Et aujourd'hui avec le recul du retraité, et mon activité au sein de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie d'Île de France, je constate combien les questions (place de la prévention, accès aux soins, démocratie...) auxquelles j'ai été confrontées restent d'actualité, loin d'être résolues...Et l'enjeu majeur – puisqu'enjeux est le thème de notre journée - n'est-il pas celui-là : pourquoi faisons-nous sur certaines questions ce qui m'apparaît comme un regrettable sur-place ?

Reprenons donc pour illustrer mon propos, l'éternelle métaphore du verre à moitié plein ou à moitié vide !

Prenons d'abord le verre à moitié plein

**Charte d'Ottawa – 1986** ; 30 ans cette année.

Reprise ici et là. On retrouve dans les écrits officiels, dans les engagements associatifs nombre des éléments qui font toujours de la Charte d'Ottawa, un texte majeur, progressiste, et d'une remarquable intelligence, face aux défis de la santé.

Un texte qui traite du rôle majeur de ses déterminants sur la santé, et donc des limites de l'impact sur la santé de la prévention sanitaire et des soins. Rôle du travail de l'éducation...

Un texte qui invite, compte tenu des nombreuses interactions tant au sein de la santé publique, qu'entre des champs différents, à l'intersectorialité.

Lorsqu'on connaît le rôle de l'état dentaire dans nombre de pathologies ou d'états de santé, on retrouve ce besoin de faire ensemble, de dépasser les tuyaux d'orgue professionnels et institutionnels et développer l'interdisciplinarité.

Un texte qui invite, pour aborder les défis de la promotion de la santé à réorienter les services de santé.

### SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Définie comme stratégie majeure de la Charte d'Ottawa, la santé communautaire, jusque récemment vouée aux oubliettes, réapparaît depuis peu dans des projets de nombreux acteurs de santé, et même dans des textes institutionnels. La nouvelle Agence Santé Publique France a même dit à l'Institut Renaudot vouloir en faire un axe majeur de sa politique...

### SANTÉ DENTAIRE

Vous avez tous lu à sa publication, et sans doute lu et relu, la partie consacrée à la santé dentaire... dans les projets régionaux de santé qui comportent un volet dentaire. J'ai relu le volet dentaire du PRS de l'Agence Régionale de Santé d'Île de France. On y trouve une analyse sans complaisance des difficultés rencontrées en santé dentaire, des propositions d'action ambitieuses pour privilégier la prévention, les actes conservateurs, la réduction des inégalités d'offres territoriales et selon les publics.

Sachez aussi que les Agences et les Conférences régionales travaillent actuellement à l'évaluation des premiers plans régionaux et à l'élaboration des plans de deuxième génération. A tous les acteurs concernés, à vous donc, d'aller y regarder, voir comment y contribuer...

Territoires, contrats locaux de santé, plate-formes territoriales, maisons et centres de santé, autant

de dispositifs, de modes d'organisation d'actualité, prochains territoires de démocratie sanitaire, où la santé dentaire devrait, pourrait avoir une place plus importante.

Des dispositifs qui invitent, voire obligent à l'intersectorialité, à travailler ensemble...

Mais le verre est aussi... à moitié vide !

Comment puis-je comprendre que malgré toutes les annonces d'un projet régional de santé dentaire, je n'en entends quasiment jamais parler aux réunions de la CRSA ou de ses diverses commissions?

Comment comprendre que malgré les priorités assignées à la prévention et aux soins précoces et conservateurs, leur accessibilité reste si peu prise en compte par un trop grand nombre des professionnels concernés ?

Comment ne pas regretter, malgré les belles paroles sur la démocratie sanitaire, sur la santé communautaire que l'utilisateur (« le HUC » !) soit si peu réel acteur, et notamment en santé dentaire ? Pour exemple significatif, voici comment débute la partie santé dentaire du plan stratégique d'Ile de France : « La santé bucco-dentaire, souvent délaissée par une partie de la population qui considère qu'elle n'a pas de caractère de gravité ou d'urgence et ne fait pas le lien avec l'état de santé général. (...)

On convoque ici le « HUC » pour le rendre « responsable » du délaissement de la santé dentaire !

Malgré quelques avancées, et nous en aurons des présentations aujourd'hui, quelles résistances au « travailler ensemble », voire quels replis sectoriels, qui empêchent réflexion et élaboration de projets de santé partagés. Et n'y a-t-il pas, puisque nous sommes entre nous, aussi quelques replis professionnels du monde de la santé bucco-dentaire lui-même ?

Comment tolérer dans la France de 2016 que la santé des français, et notamment la santé dentaire, soit à ce point dominée par les enjeux d'argent ? Je ne résiste pas, sachant un public acquis, mais préoccupé par cette question à deux extrêmes.

Le premier est celui du procès Cahuzac (in Le Monde du 14/09/2016) :

Le Président : Vous n'avez pas eu un cas de conscience à transgresser ainsi la loi pendant si longtemps ?

- Si bien sûr. Mais dans cet environnement professionnel...

Le Président : Vous voulez dire qu'autour de vous la fraude fiscale est banale ?

- Un peu. On est dans la chirurgie esthétique...

Le Président : Et donc, dans la chirurgie esthétique c'est banal ?

- Patricia Cahuzac hausse les épaules. Bien comme chez les dentistes...

Je n'oublie pas bien sûr que la commercialisation de la santé est surtout celle assurée par les grands groupes agro-alimentaires avec ses nombreux effets négatifs sur la santé et la santé dentaire.

En conclusion je m'autorise à vous proposer deux pistes (et évidemment vous aurez le loisir d'en proposer d'autres dans cette journée) pour moi majeures sur les enjeux en santé orale :

- l'enjeu d'une plus grande intégration du secteur dentaire dans le champ de la santé publique. Les acteurs du médical, du paramédical, de la recherche ont besoin du secteur dentaire et je ne doute pas qu'il en est de même de vos besoins de rencontre, de complémentarités avec le médical...

- l'enjeu citoyen, démocratique. Pas d'avancée en promotion de la santé dentaire sans l'intervention active, réelle, organisée de tous, et plus particulièrement... des HUC

Merci de votre attention, et plein succès aux travaux de cette importante journée !

---

# PROMOUVOIR LA SANTÉ ORALE

---

Modérateur : Dr Marc SCHOENE, *co-présient scientifique*

# "LES GRANDES ORIENTATIONS DE LA LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ"



## DR VINCENT METTAUER

Chargé de mission «Accompagnement des Agences Régionales de Santé (ARS)» au Secrétariat général des Ministères sociaux

Les grandes orientations de la Loi de Modernisation de notre système de santé,

Dr, Le secrétariat général est au service des politiques publiques des ministères sociaux et porte la vision et l'unité de 4 ministères :

ministère des affaires sociales et de la santé, ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes, ministère de la ville, de la jeunesse et des sports

Il assure une mission générale de coordination des services et de modernisation des ministères sociaux. Il est responsable de la bonne insertion des ministères sociaux dans le travail interministériel.



La stratégie nationale de santé a été présentée par la Ministre en septembre 2013.

L'année 2014 a vu l'élaboration du projet, la phase de concertation en juillet, l'examen par le Conseil

**Le projet de loi qui comportait 57 articles dans sa version initiale, en compte désormais 227.**

**Une loi pour des priorités d'action dans la durée**

Une loi fondée sur une triple ambition

- Apporter des réponses concrètes aux besoins exprimés au quotidien par les Français pour faciliter leur accès aux soins, les aider et les accompagner

d'Etat en septembre puis par le Conseil des Ministres mi-octobre.

La phase parlementaire s'est déroulée en 2015.

- Faire de la promotion de la santé et de la prévention des composantes à part entière de la politique de santé
- Réorienter notre système de santé vers une prise en charge de proximité (le premier recours)
- En évitant certains écueils
- Pas de grand mécano institutionnel
- Ni de loi de santé publique comportant une centaine d'objectifs

### La loi est structurée en cinq titres

Titre liminaire – Rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée

- 1 – Renforcer la prévention et la promotion de la santé
- 2 – Faciliter au quotidien les parcours de santé
- 3 – Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé
- 4 – Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire
- 5 – Mesures de simplification

### Le titre premier vise à "renforcer la prévention et la promotion de la santé" :

- Inscrire la prévention comme l'un des piliers de la politique de santé
- Lutter contre l'alcoolisation excessive des jeunes
- Systématiser le réflexe santé à l'école
- Améliorer l'information nutritionnelle
- Favoriser les pratiques innovantes comme les autotests, en faveur des publics les plus vulnérables
- Réduire le tabagisme
- Renforcer les missions des ARS en prévention / promotion de la santé
- Créer une agence nationale de santé publique (ANSP)
- Expérimenter les salles de consommation à moindre risque

Il inclut des mesures concernant le tabac, dont l'instauration du paquet de cigarettes neutre au 1er mai 2016 (article 27) et le renforcement de l'interdiction du vapotage dans certains lieux publics (article 28).

Il assouplit des dispositions de la loi Evin concernant la publicité pour l'alcool (article 13), tout en prévoyant des mesures de lutte contre l'alcoolisation des jeunes (article 12).

Il autorise pour six ans l'expérimentation de salles de consommation de drogue à moindre risque (SCMR) (article 43).

Ce titre lève l'interdiction de l'exclusion du don de sang en raison de l'orientation sexuelle (article 40).

Il contient également de nombreuses mesures sur la santé environnementale.

### Le titre II vise à "faciliter au quotidien les parcours de santé" :

- Instaurer le médecin traitant, généraliste ou pédiatre, pour les enfants de moins de 16 ans
- Reconnaître les équipes de soins primaires et la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé
- Organiser les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes
- Créer un numéro d'appel unique pour trouver un médecin de garde (116/117)
- Relancer le DMP : l'article 96 refond le dossier médical personnel (DMP), qui devient "partagé" et dont le pilotage est confié à l'assurance maladie
- Elaborer des schémas régionaux de santé
- Amplifier le pacte territoire santé
- Réaffirmer le service public hospitalier
- Organiser des coopérations renforcées entre hôpitaux d'un même territoire
- Etablir une gouvernance équilibrée directeurs / médecins

Le gouvernement a fait restaurer la notion de service public hospitalier (SPH, article 99) et permet d'ancrer l'hôpital dans son territoire.

### Le titre III est baptisé "Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé" :

- Généraliser le tiers-payant
- Lutter contre les refus de soins
- Faciliter l'accès aux lunettes, aux prothèses auditives et aux soins dentaires
- Créer les pratiques avancées pour les professions paramédicales
- Faire évoluer les compétences des sages-femmes
- Favoriser l'accès à la vaccination

Il comprend la généralisation du tiers payant en ville d'ici à 2017, l'une des mesures emblématiques du texte. Le Conseil constitutionnel l'a invalidée pour la part complémentaire du remboursement, mais pas la part relevant de l'assurance maladie obligatoire (article 83).

Concernant la formation des professionnels, les enjeux sont :

- Améliorer les pratiques des professionnels de santé par l'actualisation et le développement des compétences
- Elargir à l'ambulatoire les lieux pouvant être agréés comme terrains de stage à l'ambulatoire (maisons de santé pluri professionnelles, centres de santé, professionnels libéraux...)
- Décloisonner les formations, instaurer une période de « mise en responsabilité » pour les internes en odontologie et pharmacie à l'instar des internes de médecine

Les mesures inscrites dans la loi sont :

- Obligation du DPC pour l'ensemble des professionnels de santé et définition de son contenu
- Développement des stages en structure ambulatoire et en cabinet libéral, ainsi que la réalisation par le stagiaire d'actes de soins pris en charge par l'assurance maladie sous la supervision du professionnel maître de stage

Concernant les métiers de demain, les enjeux sont :

- Mieux prendre en charge les maladies chroniques et faire face au vieillissement de la population dans une logique de prévention et de soins de proximité
- Participer à la lutte contre les inégalités d'accès aux soins des concitoyens et assurer la pérennité du système d'assurance maladie solidaire

Les mesures inscrites dans la loi sont :

- Définition de la notion de pratique avancée pour une profession de santé paramédicale et des missions de santé qu'elle comporte (formulation d'un diagnostic, réalisation d'une analyse clinique, établissement de prescription ou l'accomplissement d'activité d'orientation ou de prévention)

Cette mesure permettra de créer le métier d'infirmier clinicien (recommandé par le plan cancer 3)

L'article 127 autorise les sages-femmes à pratiquer l'IVG médicamenteuse et étend leurs compétences en matière de vaccination.

**Le titre IV vise à "renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire" :**

- Renforcer la participation des citoyens à l'élaboration des politiques de santé
  - Définir des territoires de démocratie sanitaire (conseils territoriaux de santé)
  - Créer l'action de groupe en santé
  - Déployer le service public d'information en santé
  - Organiser l'accès aux données de santé dans le respect de celles à caractère personnel
  - Instaurer un « droit à l'oubli » pour les anciens malades
  - Créer la fonction de déontologue au sein des agences sanitaires
  - Renforcer la lutte contre les liens d'intérêt et favoriser la transparence
- L'article 192 renforce le consentement présumé au don d'organes.

Le texte institue un système national des données médico-administratives et crée un Institut national des données de santé (article 193).

L'article 158 réforme le projet régional de santé (PRS), qui intègre un cadre d'orientation stratégique à 10 ans, et fusionne les schémas d'organisation dans un unique "schéma régional de santé".

L'article 164 ouvre la possibilité de négocier une adaptation régionale des conventions nationales des professionnels de santé libéraux et fusionne le deuxième et le troisième collège des unions régionales des professionnels de santé (URPS) médecins

Une Agence nationale de santé publique (ANSP - Santé publique France) est créée par la fusion de l'Institut national de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et de l'éducation pour la santé (Inpes) et l'Etablissement de préparation aux urgences sanitaires (Eprus) (article 166).

La loi prévoit également la conclusion d'un accord-cadre entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les associations d'usagers (article 182).

### **Les territoires de démocratie sanitaire et les conseils territoriaux de santé**

La rénovation de la construction du projet régional de santé s'accompagne d'une refonte des logiques territoriales : les territoires de santé sont upprimés au profit de territoires de démocratie

sanitaire à l'échelle infra-régionale qui devront être définis au plus tard au 31/10/2016 ; d'autres découpages territoriaux (zones) seront définis en fonction des finalités poursuivies : autorisations d'activité de soins et d'EML ou implantations des LABM.

Sur chacun des territoires de démocratie sanitaire, le DGARS constitue un conseil territorial de santé (CTS) qui remplace la conférence de territoire. Leur installation est prévue par le DCE au plus tard en janvier 2017.

Le Conseil Territorial de Santé est un véritable outil au service du territoire par une association renforcée de ses acteurs. Ce n'est pas une instance consultative. Il est composé de représentants des élus des collectivités territoriales et des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné.

Il organise au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers, en intégrant la participation des personnes en situation de pauvreté ou de précarité et une commission spécialisée en santé mentale.

Il peut faire au directeur général de l'agence régionale de santé toute proposition pour améliorer la réponse aux besoins de la population sur le territoire, notamment sur l'organisation des parcours de santé.

Le conseil peut entendre et consulter toute personne ayant une compétence particulière entrant dans le champ de ses missions (notamment le délégué du défenseur des droits).

Le CTS veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants.

Il participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé en s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé.

Il contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé.

Il est informé des créations de plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes ainsi que de la signature des contrats territoriaux et locaux de santé. Il contribue à leur suivi, en lien avec l'URPS.

Il procède à l'évaluation, d'une part, des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé et, d'autre part, de la qualité des prises en charge et des accompagnements.

### **D'autres missions sont inscrites dans la Loi :**

Article 69 : Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé.

Article 67 : Le pacte territoire santé est arrêté par le ministre chargé de la santé. Les agences régionales de santé le mettent en œuvre après concertation avec les acteurs concernés et associent les conseils territoriaux de santé

La loi prévoit également une expérimentation, pour une durée de cinq ans, au sein des conseils territoriaux de santé, les autorisant à être saisis par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations. L'objectif est de faciliter les démarches de ces usagers, les informer de leurs droits et les orienter. Les conseils veillent à ce qu'ils puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des professionnels ou des établissements concernés, notamment en les assistant dans la constitution d'un dossier, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites de leurs demandes. Lorsque la plainte ou la réclamation concerne une prise en charge par un établissement de santé, ces conseils territoriaux agissent en lien avec la commission des usagers. Les membres des conseils territoriaux sont astreints au secret professionnel. Les modalités et les conditions de cette expérimentation seront prévues par décret en Conseil d'Etat, sur la base d'un cahier des charges dont le SG a confié la préparation à une personnalité qualifiée.

### **Les communautés professionnelles territoriales de santé (article 65)**

Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé et à la réalisation des objectifs du PRS, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé



Les communautés professionnelles territoriales de santé sont composées de professionnels de santé regroupés, le cas échéant sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier et de second recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du PRS.

A défaut d'initiative des professionnels, l'ARS prend en concertation avec les URPS et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé .

### **Les plateformes territoriales d'appui (article 74)**

Des fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes sont organisées en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par les ARS. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que d'éviter les ruptures de parcours.

Le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier en veillant à leur intégration dans la prise en charge globale du patient.

Pour assurer l'organisation des fonctions d'appui, l'ARS peut constituer, par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, une ou plusieurs plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

### **Le pacte Territoire santé (article 67)**

Il a pour objet d'améliorer l'accès aux soins de proximité en tout point du territoire.

Il comporte des dispositions visant à promouvoir la formation et l'installation des professionnels de santé et des centres de santé en fonction des besoins des territoires, à accompagner l'évolution des conditions d'exercice des professionnels de santé.

Il peut prévoir des actions spécifiquement destinées aux territoires particulièrement isolés et aux quartiers prioritaires de la politique de la ville ainsi que pour les collectivités d'outre-mer.

Les ARS sont chargées de sa mise en œuvre.

Les groupements hospitaliers de territoire (article 107)

Doivent permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité au travers d'un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

Pour mettre en œuvre ce projet médical partagé, les établissements du GHT peuvent constituer des équipes médicales communes et des pôles inter-établissements





## NUTRITION ET SANTÉ ORALE : DES MESSAGES COMPLÉMENTAIRES



### DR MICHEL CHAULIAC

Responsable PNNS à la Direction générale de la santé, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

Merci pour votre invitation, et je vais essayer de réunir dans le temps qui m'est imparti la question de la santé orale et le Programme national nutrition santé.

Ce qui nous est principalement commun, c'est la question de la consommation de sucre, et on va essayer de se positionner en prévention primaire, pour essayer d'éviter que cette consommation ne soit trop importante. Une idée renforcée l'an dernier, par la publication de l'OMS expliquant que la consommation de sucre des populations devait être inférieure à 10% de l'apport énergétique quotidien, ce qui est une fixation qui a relancé l'importance de cette consommation de sucre, et sert la promotion de la santé orale.

Dans le cadre du PNNS, nous ne nous intéressons pas seulement à la santé, mais aussi aux questions qui touchent à l'alimentation et aux apports nutritionnels, à l'activité physique sur les multiples pathologies que cela occasionne, dont les pathologies chroniques qui sont les plus courantes.

Dans le PNNS, nous essayons depuis que cela a été créé, de lui donner toutes ces dimensions, pas seulement dans le sanitaire, mais aussi prendre en compte tous les déterminants, alimentaire, économique, sensoriel, cognitif pour travailler à une amélioration de l'état nutritionnel de la population

en vue d'une amélioration de sa santé, et qu'elle soit satisfaisante. Nous sommes donc amenés à prendre ce qui bouge en permanence, avec des éléments qui évoluent favorablement comme en urbanisme avec une attention plus grande à l'air, comme à Paris, et qui va favoriser l'activité physique et sportive au sein de la ville.

Le PNNS est un programme qui depuis le départ, se veut multisectoriel, en s'ouvrant à d'autres secteurs comme l'agriculture, l'éducation, la recherche, la consommation, ... et qui a la perspective de durée parce qu'inscrit dans le code de la santé publique, parce que c'est un programme gouvernemental et quinquennal.

Il nous faut nous tremper dans le quotidien, et par exemple voir combien on est stimulé à consommer du sucre, voire soumis à une injonction à consommer comme à la Fête foraine, au travail, au cinéma, à l'hypermarché, avec les distributeurs alimentaires, ... mais aussi les offres promotionnelles qui influencent ceux qui ont des difficultés financières. Il y a aussi une incitation à acheter plus, sans que l'on en ait vraiment besoin, et la publicité est triomphante. Et une publicité de plus en plus personnalisée, avec nos traces laissées sur internet, notamment en direction des enfants et des jeunes directement ou indirectement au

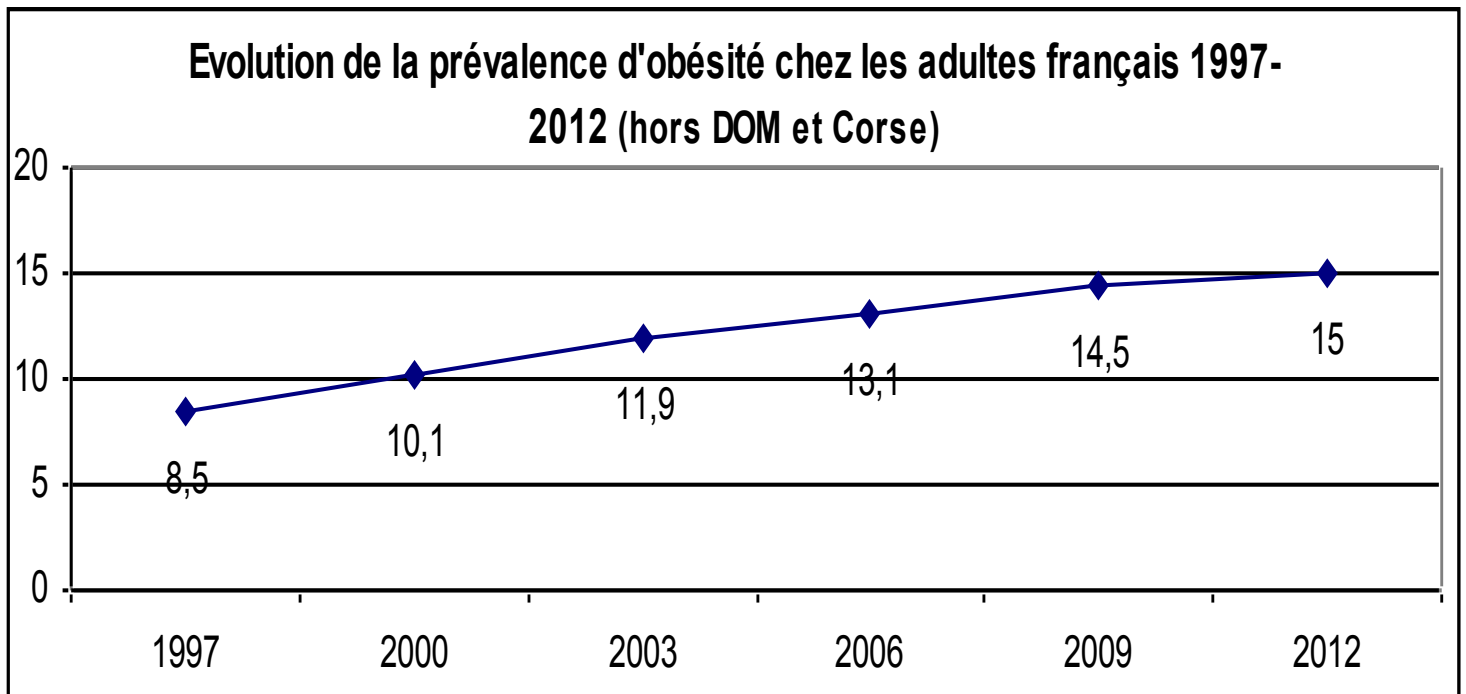
travers des parents, par exemple au moment des dates d'anniversaire, avec des bons d'achats favorisant l'achat de produits sucrés. Les associations, institutions sont aussi soumis à ces influences par des aides financières publicitaires(ou non) qui les aident à entrer au coeur du système, transformant leur discours de fait, au regard de la manne financière obtenue. On est dans un contexte très compliqué, et donc que faire face à ces contradictions.

On a besoin au niveau global, d'une certaine cohérence entre ce qui est dit et ce qui est fait.

Quelques indicateurs, notamment pour ce qui nous concerne plus en matière d'obésité, avec

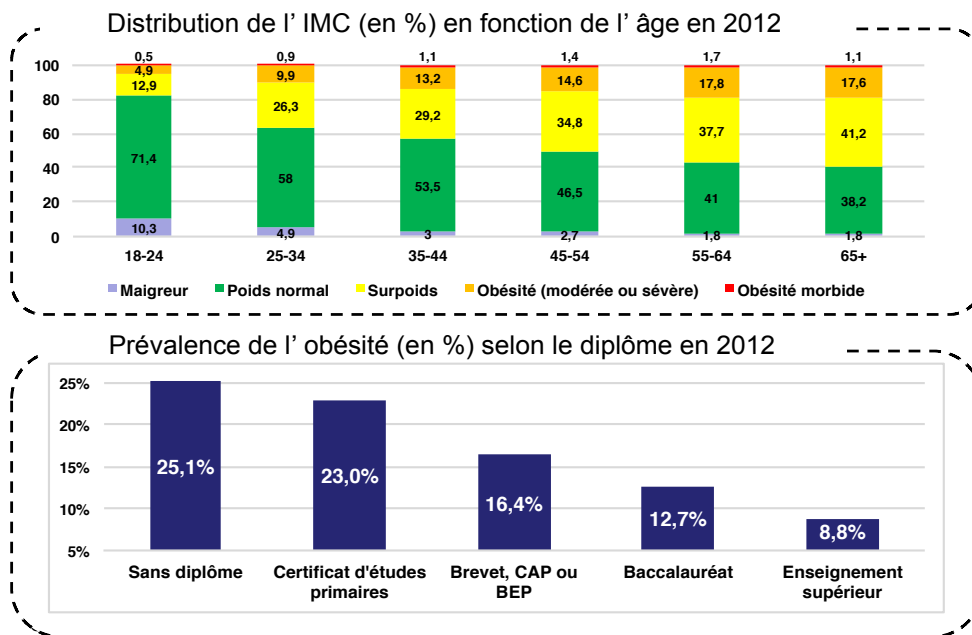
une croissance depuis quelques années, et une dégradation avec l'âge, et des obésités plus morbides.

Mais aussi des inégalités sociales importantes, malgré des axes forts donnés par les politiques publiques. La consommation des enfants est en miroir en ce qui concerne par exemple la consommation des fruits et légumes, de plus en plus importante au fur et à mesure que la situation des familles s'améliorent, et inversement de plus en plus qu'elle se dégrade, avec une plus grande consommation d'aliments et boissons sucrés.



Le Ministère des finances ont montré dans une étude récente que le coût global de l'obésité était de 20 milliards d'euros par an en France.

## Surpoids et de l'obésité selon l'âge et le niveau d'éducation



Que peut-on faire ? Le PNNS a des objectifs globaux et d'autres plus précis fixés par le Haut Conseil à la Santé publique, que l'on va revoir prochainement, et parmi lesquels le sucre est un des objectifs définis.

Nous voulons à travers ce programme donner à la population des informations de qualité, vu par des experts, qui permettent à chacun d'être responsable, grâce des outils nombreux adaptés qui s'adressent à la rationalité de l'individu, en lui disant je t'ai donné les informations, maintenant à vous de les utiliser pour faire vos choix. Cela est bien, mais malheureusement l'être est humain, et donc avec des faiblesses, et pas que rationnel. D'où ce qu'il faut faire aussi c'est de faciliter le choix en travaillant sur l'environnement de l'individu pour l'aider dans ces choix. Et pour cela nous avons pas mal de moyens. Enfin il faut aussi faire un dépistage le plus tôt possible, pour éviter le développement de l'information, de la formation et de l'évaluation. On peut aussi agir par la réglementation, et les incitations aux initiatives des partenaires. On va agir aussi par l'expertise, par le développement d'outils gratuits. qui partent des questions de la population. Ce sont des documents que les chirurgiens-dentistes doivent obtenir et les mettre dans leurs lieux d'exercice à la portée de leurs patients. Avec aussi des documents spécifiques comme en direction des personnes en situation de handicap. Il y a encore le site "Mangerbougerplus.fr", très connu avec des messages sanitaires, que les professionnels aussi doivent fréquenter.

Parmi les outils, il y a la Fabrique à menu pour les aider à concevoir leurs menus non pas un par un mais dans la continuité des repas, et en tenant compte des préférences alimentaires.

S'agissant des réglementations, il y a la suppression des distributeurs dans les écoles, la qualité des repas fournis en restauration scolaire, la taxe sur les sodas, l'étiquetage nutritionnel illisible pour qu'il soit intuitivement compréhensible et donc rapide pour une comparaison facilitée dans ce sens (une expérimentation est en cours), l'interdiction de l'offre de boissons sucrées gratuites ou forfaitaires.

Pour améliorer l'environnement, on a en France une charte nutritionnelle de qualité pour inciter les producteurs à reformuler leurs aliments afin qu'ils contiennent moins de sucre mais aussi de gras, de sel,... qui depuis trois ans est en train de s'essouffler mais qui a eu un impact global, notamment pour les aliments moins chers. On a retiré ainsi en sucre 15 000 tonnes de sucre. On a montré que les produits qui ont bénéficié de ces améliorations nutritionnelles n'étaient pas plus chers, voire moins chers et meilleurs.

La santé bucco-dentaire n'a peut-être pas une place suffisante dans le PNNS mais je lance un appel pour que vous nous aidiez territorialement comme nationalement. Et utiliser plus tous nos documents.

Merci de votre attention !

## MAISONS ET PÔLES DE SANTÉ : TRAVAILLER EN ÉQUIPE POUR MIEUX SOIGNER



### DR JEAN-LOUIS DURAFOUR,

Membre de la FFMPS « Fédération Française des Maisons et Pôle de Santé », initiateur d'un projet de MSP, et premier médecin gérant coordinateur de cette structure.

### DR CHRISTOPHE PORTIER,

Chirurgien-dentiste, exerçant à titre libéral au sein de la maison médicale.

Nous sommes venus faire le bilan de leur activité trois ans après l'ouverture de cette MSP à St Genix sur Guiers, dans l'avant Pays Savoyard.

La CREATION d'une MSP se décide soit à l'initiative des Professionnels de Santé soit à l'initiative des élus. Toujours est-il que ce qui fait la définition d'une équipe est le Projet de Santé et celui-ci ne peut être fait que par les professionnels de santé.

Le minimum de professionnels pour se mettre en route : 2 médecins généralistes + un para-médical.

L'organisation peut se faire en mono site (tous les professionnels sont réunis dans un bâtiment unique) ou en multi sites ou pôle (divers locaux distincts avec un lieu commun)

LE PROJET DE SANTE rassemble tout ce que nous faisons déjà ou ce que nous projetons de faire ensemble.

Ce projet qui peut être simple au départ, est évolutif et s'enrichira au fil des années.

En simplifiant, ce projet s'organise en 3 axes :

1. L'accueil du patient et l'accès aux soins : les horaires d'ouverture, l'accueil secrétariat, la couverture d'un territoire, la gestion du non-programmé,
2. Le système d'information et le dossier médical partagé
3. Les rencontres inter-professionnelles formalisées, la mise en place de protocoles inter-pro, voir délégation de tâches, la coordination des prises en charge pour les patients complexes.

Le projet de santé une fois rédigé et une fois signé par tous les professionnels désireux de participer à l'initiative, est validé par l'ARS, qui en informe la CPAM.

### AIDES AU FONCTIONNEMENT :

Une équipe pluri professionnelle reconnue bénéficie la 1ère année d'une aide à l'installation (fond FIR)

Et d'autre part tous les ans, reçoit des subsides appelés NMR, Nouveaux Modes de Rémunérations, calculés selon les 3 axes sus cités.

Certains autres critères sont pris en considération : Le total de la patientèle des médecins généralistes/ l'accès aux autres professionnels de santé, notamment les chirurgiens-dentistes/ Formation de chacun/ Accueil des stagiaires/Action de prévention et ETP /Mission de Santé Publique / Ouverture sur l'hôpital, les autres professionnels de santé libéraux, le médico-social/ l'engagement dans une démarche de qualité.

Pour recevoir ces subsides, l'équipe doit se constituer en SISA, qui n'est autre qu'une SCM autorisée à recevoir des rémunérations de la part de l'AM.

Pour terminer, ce qui est difficile de mettre en évidence par un simple exposé, est la dynamique que nous sommes capables de mettre en branle en nous réunissant et ce potentiel nouveau que nous créons en rapprochant nos professions.

### Place du chirurgien-dentiste dans une MSP

- Plus de 700 MSP ont vu le jour ces toutes dernières années. Peu nombreuses sont celles qui ont accueilli des chirurgiens-dentistes. Pourtant ceux-ci ont toute leur place dans ces structures. Ils enrichissent les maisons médicales d'une offre de soins dentaires et profitent eux-mêmes d'une logistique intéressante (ergonomie des locaux, respect des normes d'accès aux populations handicapées, accueil et secrétariat).

- L'arrivée d'un chirurgien-dentiste dans une équipe pluridisciplinaire peut présenter quelques difficultés administratives dans la répartition des charges de chacun et dans le mode de fonctionnement articulant professions médicales et paramédicales aux intérêts parfois divergents.

- Ces difficultés sont largement compensées par **le plaisir de travailler en équipe**. L'élan impulsé par la Maison Médicale renforce l'énergie de chacun. L'impact positif se mesure dans la fréquentation de la patientèle et le ressenti de bassin de population entourant la MSP.

- Quelques exemples de synergie entre le chirurgien-dentiste et les autres partenaires de la MSP :

- Communication interne sécurisée, via le réseau intranet de la Maison qui facilite la collecte de renseignements en direct, par exemple pour un problème de pharmacologie ou l'aide au diagnostic devant une lésion de la muqueuse buccale, de la langue etc.....

- Participation du chirurgien-dentiste dans le renseignement du dossier médical partagé par exemple dans le cas d'un patient diabétique.

- Prise en charge par le cabinet dentaire de la stérilisation des instruments d'examen et de petite chirurgie des médecins.

### **Un exemple d'initiative permis par le regroupement en équipe pluri-professionnelle :**

L'amélioration de la prise en charge des besoins en santé BD des populations vulnérables et dépendantes.

- Accueil bienveillant et prise en charge des patients grabataires ou déments.

- Partenariat local avec deux EHPAD. Le médecin coordonnateur des EHPAD étant médecin généraliste dans la MSP

- De concert avec le chirurgien-dentiste, un protocole se met en place.

- Formation de correspondant en santé orale avec l'aide de l'association SOHDEV.

- Appréciation par le médecin et les infirmières des personnes pouvant supporter un état des lieux de leur santé bucco-dentaire.

- Une visite sur site, trimestrielle du chirurgien-dentiste et de son assistante dentaire avec du matériel d'examen ambulatoire.

- La prise de décision sur l'opportunité d'un déplacement du patient au cabinet dentaire, en accord avec la famille et l'équipe soignante est

- prise à bon escient. On évite ainsi la mobilisation d'une logistique lourde débouchant parfois sur un échec.

### **Conclusion**

Dans l'avenir, les MSP seront amenées à prendre une part importante dans l'offre de soins territoriale, surtout dans les zones rurales désertées.

Elles doivent favoriser l'installation de jeunes confrères attirés par la sécurité du travail en équipe et la pérennité de leur activité.

Les chirurgiens-dentistes ont toute leur place dans ces structures. Leur participation à l'effort collectif de prise en charge de population vulnérable peut aider à redorer le blason d'une profession parfois injustement décriée.

Il serait souhaitable que les pouvoirs publics participent à cet élan en revalorisant les actes de soins de base et de prévention pour pérenniser de telles initiatives et améliorer la santé bucco-dentaire de tous.

## **DÉBAT**

Le Pr Marie-Cécile Manière, intervient au sujet du plan nutrition qui est une avancée de santé publique majeure, mais il y a un débat sur les taxes comme celles sur les sodas, en pointe chez les jeunes, n'est-ce pas une demi-mesure d'avoir appliqué une taxe d'un montant aussi modeste ? Il en est de même des boissons des sportifs, que nous avons étudié à Strasbourg, et une majorité d'entre elles pouvaient avoir des pH de 1,5, donc entrainer des érosions très importantes, ignorées de tous ces jeunes qui pratiquent un sport qui encourage à en boire, sans être à un haut niveau. Or il y a très peu d'informations à ce sujet comme sur les « Premix », mélange d'alcool+sucre.

Le Pr. Stéphanie Tuber-Janin, doyen de la faculté d'Odontologie de Clermont-Ferrand et membre du conseil de gouvernance de l'ARS de la région, considère que s'il est effectivement possible d'intégrer la problématique bucco-dentaire dans les projets régionaux de santé, et que de surcroît la question est souvent posée par les usagers, pour autant il y a un frein dans la couche intermédiaire des décideurs. Comment faire pour que cela ne soit pas oublié, comme dans les conseils territoriaux.

Le Pr Corinne Tardieu, chef de pôle au CHU de Marseille et responsable d'un réseau, demande comment ses collègues seront incités par ces nouvelles mesures pour intervenir sur le terrain ?

Le Dr Chauliac répond que sur la question des taxes, il ne faut pas les voir isolément. C'est la diversité des mesures prises en cohérence, qui vont permettre d'obtenir les objectifs que nous nous sommes fixés. Les taxes sont un sujet débattu pas seulement en France, mais aussi à l'ONU. Nous avons eu au Parlement un rapport des députés, il n'y a pas très longtemps sur ces taxes alimentaires pour en évaluer l'efficacité, or ces taxes comme sur les sodas, leur effet est sur un court terme positif, puis avec le temps cela ré-augmente comme si avec le temps, il y a une adaptation du public au coût. D'où la nécessité de revenir régulièrement sur ces taxes, y compris au Parlement. Pour les sportifs, j'apprends mais je me pose d'une manière générale la question de leur usage. Qui en prend utilement ? Il nous faut mener à juste titre une réflexion mais au niveau européen. Le Dr Mettauer précise : Sur la place du bucco-dentaire dans les politiques régionales de santé, il est vrai que je suis le seul chirurgien-dentiste au ministère de la santé, et de surcroît je n'ai pas été recruté sur ces compétences. C'est un vrai sujet que le remplacement, qui n'a plus eu lieu, du Dr Karsenty à la Direction générale de la santé (DGS) depuis son départ en retraite. Et c'est un vrai sujet de réflexion. Dans les ARS, c'est très peu, dont la grande majorité en Ile-de-France. Et comme il n'y a pas de contrainte aux ARS de porter un volet bucco-dentaire cela dépend de la sensibilité des directeurs généraux d'ARS. Effectivement ce sont aux acteurs de terrain de se mobiliser pour prendre leur place dans les conseils territoriaux comme dans les Conseils régionaux de la santé et de l'autonomie, où sont représentés l'Ordre des chirurgiens-dentistes ainsi que les URPS. Je n'ai pas beaucoup d'autres solutions à vous apporter.

Sur les plateformes territoriales d'appui, contrairement à d'autres outils qui sont mis en place comme les groupements hospitaliers de territoires où il y a un cadre national, la volonté a été de laisser les territoires s'organiser. C'est un vieux sujet, que j'avais connu lors de la mise en place des réseaux, il y a quelques années, où il avait été demandé un schéma national.

Là encore les acteurs et les réseaux de santé doivent prendre leur place dans ces plateformes et la Ministre avait demandé aux directeurs régionaux

d'ARS de laisser la main aux acteurs de terrain pour trouver le modèle qui leur va le mieux. On est sur quelque chose qui débute, mais les médecins ont besoin de structure de coordination, notamment pour les patients aux nombreuses pathologies, qui ont besoin d'une prise en charge complexe.

Le Dr Fabien Cohen rappelle que lors de l'élaboration de la Loi de Modernisation de notre système de santé, l'ASPBD et l'UFSBD avaient co-signé une lettre de demande de rendez-vous à la Ministre de la santé, et nous n'avons même pas été reçus par un collaborateur. Et à cette époque nous avons plein de propositions à faire. Alors on profite de votre bienveillance, pour le rappeler et peut-être nous aider à y arriver.

Le Dr Marc Schoene veut témoigner de la place qui est la sienne dans différents lieux de discussion, qu'il y a une coupure entre ces instances et le terrain. Il faut néanmoins s'en saisir pour faire valoir nos demandes au travers des élus, mais aussi les représentants de la santé bucco-dentaire peu réactifs au regard de mon vécu.

Au sujet de la taxe, le Dr Marc Schoene se pose la question de savoir si ce type de taxe finalement ne pénalise pas les plus socialement en difficulté ?

C'est effectivement un risque mais toutes les études entreprises sur ce point ne sont pas conclusives à ce sujet. Mais il faut toujours avoir en tête que la taxe n'est jamais la seule mesure pour obtenir les objectifs visés.

---

# LA PRÉVENTION, TOUJOURS D'ACTUALITÉ ?

---

## Table-ronde



### Modératrice : Dr Sylvie AZOGUY-LEVY

Remerciant ses invités, le Dr Azoguy-Levy poursuit en rappelant que la France n'était pas en phase avec les données réactualisées de la science, ainsi notre programme national intervint un peu tard dans la vie de l'enfant, basé essentiellement sur le recours au soins, ne contribuant pas forcément à diminuer les inégalités sociales de santé, car les évaluations montrent que la cible n'est pas atteinte dans les populations les plus socialement défavorisées. Il y a probablement un problème de stratégie au départ, mais aussi parce qu'en santé orale nous avons peu de connaissance en ce qui concerne les déterminants et le rôle pivot de l'environnement familial. Toutes ces questions vont être abordés par nos intervenants.



## "LA PRÉVENTION, TOUJOURS D'ACTUALITÉ ?"

**DR EVELYNE BAILLON-JAVON,**

*Présidente de la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-dentaire*

Après avoir été, pendant un certain nombre d'années, chirurgien-dentiste conseil au Service Médical de l'Assurance maladie, j'ai eu l'opportunité en l'an 2000, de prendre le pilotage d'une grande étude sur la santé bucco-dentaire des jeunes franciliens de moins de 20 ans. C'était l'époque où l'Assurance Maladie, au sein des URCAM, menait des études de santé publique.

Après un an et demi d'exams cliniques, de moulinage de données, le groupe projet a décidé de construire un programme pour harmoniser l'ensemble des dispositifs de prévention qui existaient en région Ile de France. C'est ainsi qu'est né le programme ARCADE (...) qui comportant 3 cahiers des charges (concernant les actions, d'information, d'éducation à la santé et de dépistage), dont le respect permettait d'obtenir un « label », lequel ouvrait la porte aux subventions...

Ce programme, comme vous le voyez, était très axé sur l'éducation à la santé. Je pensais, à l'époque, qu'en informant les parents, en éduquant les enfants, cela devait suffire à améliorer les choses, surtout si, en plus, on organisait correctement l'orientation des enfants vers les cabinets dentaires...

Les résultats se sont avérés « mitigés », avec certes, une harmonisation, une dynamique globale (CPAM, Facultés, associations, communes), des améliorations des indicateurs carieux, mais pas à la hauteur de nos espérances. Avec aussi le maintien de fortes inégalités sociales et territoriales.

Cherchant alors à approfondir les outils santé publique pour comprendre ces résultats, et prenant dans le même temps la responsabilité du pôle médical « Prévention et Promotion de la Santé » au Service médical régional de l'Assurance maladie, j'ai eu l'occasion de collaborer avec des québécois et j'ai évolué dans ma conception de la prévention vers la promotion de la santé, avec 2 constats principaux :

1. la santé dépend de tout un ensemble de déterminants (que vous voyez sur le schéma ci-dessous)



et la seule éducation à la santé est très insuffisante, car elle ne s'appuie que sur la responsabilité individuelle alors que de nombreux facteurs (économiques, sociaux, environnementaux) relèvent d'une responsabilité collective. Et ces déterminants peuvent être totalement bloquants pour s'occuper de sa santé, bucco-dentaire notamment.... Se brosser les dents quand on ne sait pas ce qu'on va manger le soir, par exemple, c'est utopique ! La liste de ce genre d'impossibilités est très longue !

2. la santé bucco-dentaire est trop marginalisée, les liens entre santé globale et santé orale ne sont pas assez pris en compte, je dirais tant du côté des médecins, comme de celui des chirurgiens-dentistes. Ce qui fait que beaucoup de programmes nationaux, régionaux et locaux oublient d'intégrer un volet bucco-dentaire, pourtant bien souvent nécessaire.

Il me semble donc indispensable actuellement, de ne plus se contenter de mener des actions d'éducation et de dépistage, mais de travailler en intersectorialité et interdisciplinarité pour mener des actions de santé globales.

C'est pourquoi, lorsque j'ai intégré en 2010 l'ARS Ile de France, j'avais bien évolué dans ma conception de la prévention !

Et dans le volet bucco-dentaire du projet régional de santé, nous avons donc insisté sur les points suivants :

- Prioriser l'approche territoriale et la coordination des acteurs (professionnels, élus, associations, habitants)
- Avoir une approche sociale et culturelle adaptée aux publics visés (>> les écouter avant de délivrer un discours standardisé)
- S'inscrire dans une logique de parcours de santé autour de la personne
- Intégrer la santé bucco-dentaire dans une approche globale de la santé
- Développer le rôle des chirurgiens dentistes dans la promotion de la santé globale

Sachant que par ailleurs dans ce projet régional nous avons donné une place de choix à la démarche communautaire en santé,

c'est à dire à l'écoute des citoyens concernés qui sont les mieux placés pour exprimer leurs besoins et dire ce qui « coince » dans leur accès à la santé dentaire.



### MICHEL DEVRIESE

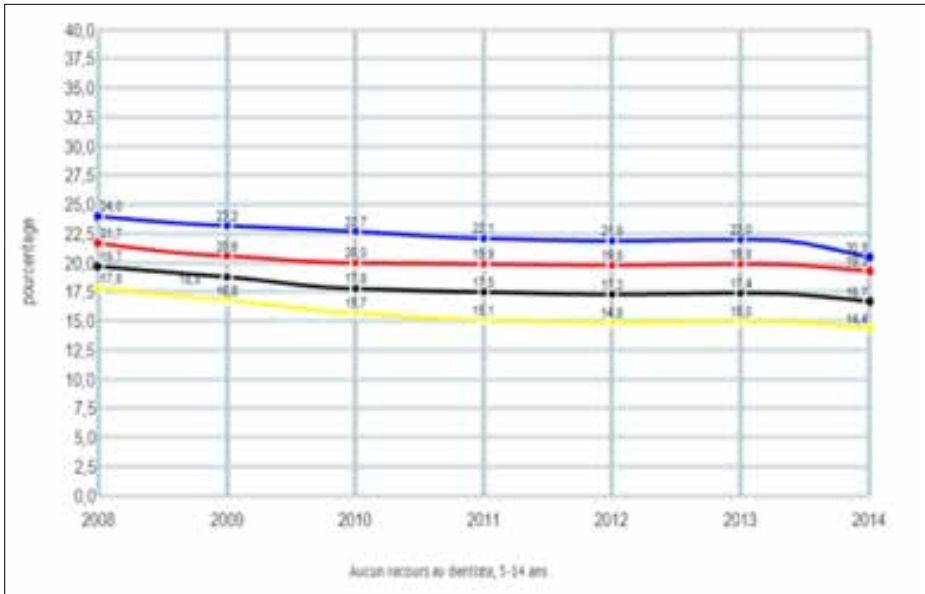
*Société de Médecine Dentaire,  
Association Dentaire Belge  
francophone*

En 1999, un constat, c'est le faible recours des enfants aux soins dentaires, plus particulièrement les moins de 8 ans, et mise en évidence des inégalités sociales de santé (et de recours aux soins).

En 2005, une MESURE a été prise, celle de la gratuité (ou prise en charge à 100%) de Tous les soins dentaires curatifs comme préventifs pour les moins de 18 ans (excepté l'orthodontie.)

A cela, il fut associé des ACCOMPAGNEMENTS, sous forme de campagnes de prévention (financées par l'Etat dans le budget des soins) et un suivi épidémiologique de la campagne « Sourire pour tous ».

Suivi 1 : Enfants n'ayant aucun recours au dentiste 5-14 ansT



**Légende**

- Région Bruxelles-Capitale
- Région Région flamande
- Région Région wallonne
- Belgique

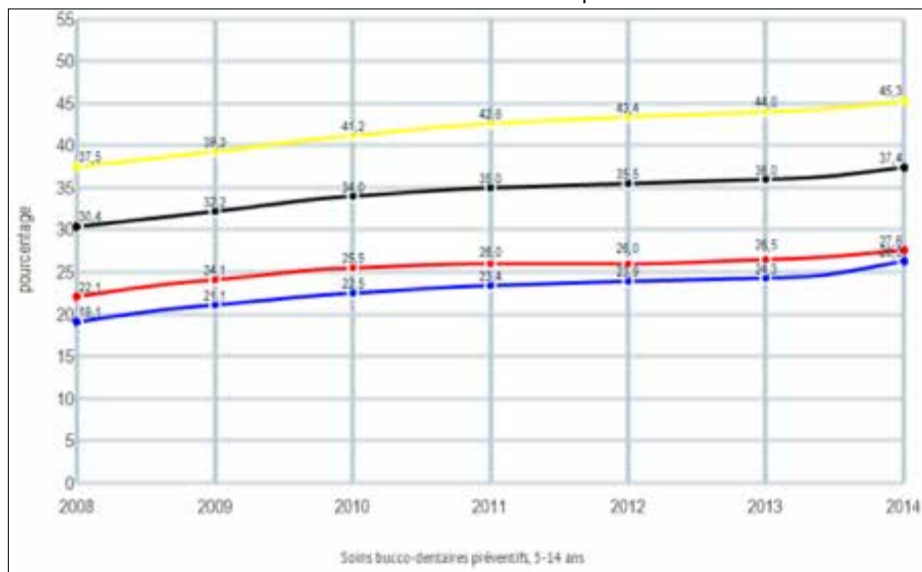
Unité : pourcentage

Source : <http://www.aim-ima.be>

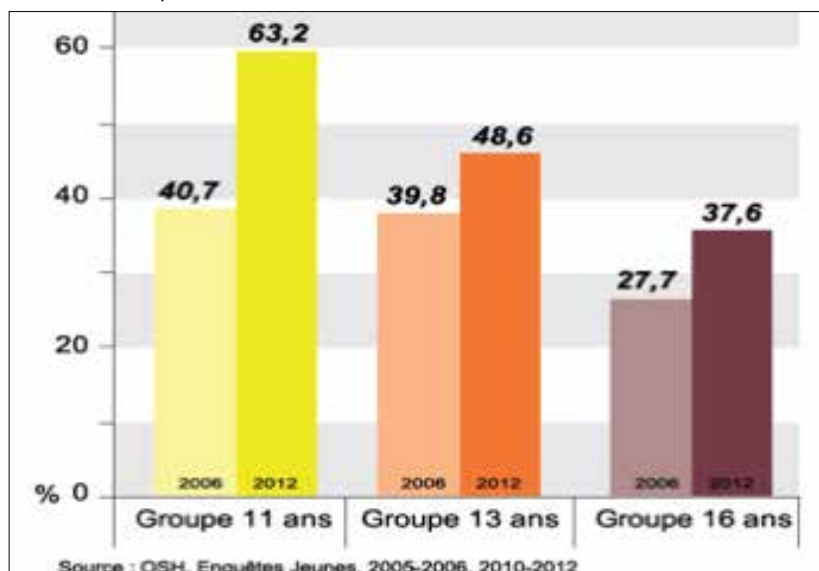
De 2008 à 2014, le nombre d'enfants sans recours dentaire a diminué dans toutes les régions, même si les Flamands font mieux que les francophones,

probablement du fait de culture différente. Le recours aux soins préventifs ont aussi évolué favorablement.

Suivi 2 : Recours aux soins préventifs



Suivi 3 : Epidemio - Jeunes indemnes de carie 2006 > 2012



Site internet, pour plus d'Informations "Souriez .be"



### SOPHIE DARTEVELLE,

*Présidente de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire,*

L'UFSBD a été créée cette année depuis 50 ans par le Conseil de l'Ordre, ainsi que les syndicats de l'époque qu'étaient la CNSD et l'UJCD, parce qu'il y avait une volonté de la profession de se doter d'un outil dédié à la prévention, ce qui était totalement novateur. La première profession médicale à vouloir un tel projet, et à nous organiser de cette façon, et toujours la seule.

Depuis 20 ans, l'UFSBD est centre collaborateur de l'OMS, pour la création de nouveaux concepts et de nouvelles pratiques bucco-dentaires. Nos missions sont depuis 50 ans de nous adresser au grand public par des actions très larges, et des actions de proximité plus ciblées, pour amener ce public vers les cabinets dentaires qui sont des espaces de prévention privilégiés. Nous travaillons aussi en direction des chirurgiens-dentistes pour les inciter à évoluer dans leur exercice. Enfin, nous voulons intervenir en direction des institutionnels français.

Aujourd'hui, où en sommes nous ? : 4 français sur 10 ne vont pas chez le chirurgien-dentiste. C'est-à-dire qu'ils ne vont pas régulièrement, mais en fonction de l'urgence. Les inégalités de santé se creusent, alors que nous sommes dans un contexte de prise en charge des soins couvert par l'Assurance maladie et les complémentaires. Alors comment expliquer un tel décalage. Il faut noter que nous sommes dans un système de soins, pour 90%, par des chirurgiens-dentistes libéraux, et non de santé globale.

Nos actions de proximité depuis 50 ans, les enfants d'abord, puis les personnes âgées et handicapées, depuis la petite enfance, les apprentis, les adultes en entreprise, nous ont permis d'appréhender ces personnes qui ne vont pas en cabinet dentaire, au regard de ceux qui y vont. Nous en avons déduit la nécessité de mettre en place un parcours santé tout au long de la vie et pour toute la population. Certes, il y a l'enfance, mais cela ne suffit pas, car les choses changent.

Etant optimiste, je vois plutôt le verre à moitié plein, et donc je veux prendre en compte ce qui se fait déjà. Le programme M'Tdents a la chance d'exister, mais il a laissé croire à la population par ses campagnes de communication, que l'on devait s'occuper de la santé bucco-dentaire qu'à partir de 6 ans, et c'est une première erreur, avec une recrudescence de la carie dès la petite enfance, malgré une nette amélioration ces dernières décennies. On a eu tort de limiter pour des raisons budgétaires les mesures d'accompagnement en milieu scolaire, mais aussi des raisons logiques, les actions collectives. Les idées reçues persistent comme "cela fait mal", "c'est une fatalité", "c'est cher", ... et, il faut le dire, souvent véhiculées par les médias comme avec l'affaire Dentexia, qui éloignent de nos cabinets dentaires. La prévention bucco-dentaire n'est pas assez intégrée dans la santé en générale, notamment par nos confrères et confrères médecins qui ne l'intègrent pas dans leur exercice quotidien. Ils n'ont pas cette culture d'adresser régulièrement leurs patients vers nos cabinets, en tenant compte de notre spécificité.

A propos des mesures collectives, il n'y en a plus en France depuis des années comme cela avait été le cas avec le sel fluoré. D'ailleurs les recommandations actuelles en matière de Fluor de 2010 ne sont plus en cohérence avec celles d'autres pays. Il faudrait que la HAS recrée un groupe d'expert pour revisiter toutes les recommandations.

On attend un message fort des autorités, suite aux nouvelles dispositions législatives, avec des moyens effectifs, des leviers réels. Il faut que ces messages soient suivis d'effets.

Merci.

# AGIR EFFICACEMENT ICI ET MAINTENANT POUR LA SANTÉ DE TOUS LES ENFANTS ?



## DIDIER JOURDAN

Professeur en Sciences de l'Éducation, Université Blaise-Pascal de Clermont-Ferrand, et ex-directeur de Santé Publique France.

Des Constats, des indicateurs favorables mais... Les conséquences sur la santé tant des conditions de vie que des habitudes sont d'autant plus marquées que les personnes sont dans des conditions socioéconomiques plus défavorables.

sur la santé clairement établie se mettent en place dès l'enfance ou l'adolescence.

20% des enfants concentrent 80% des caries ...

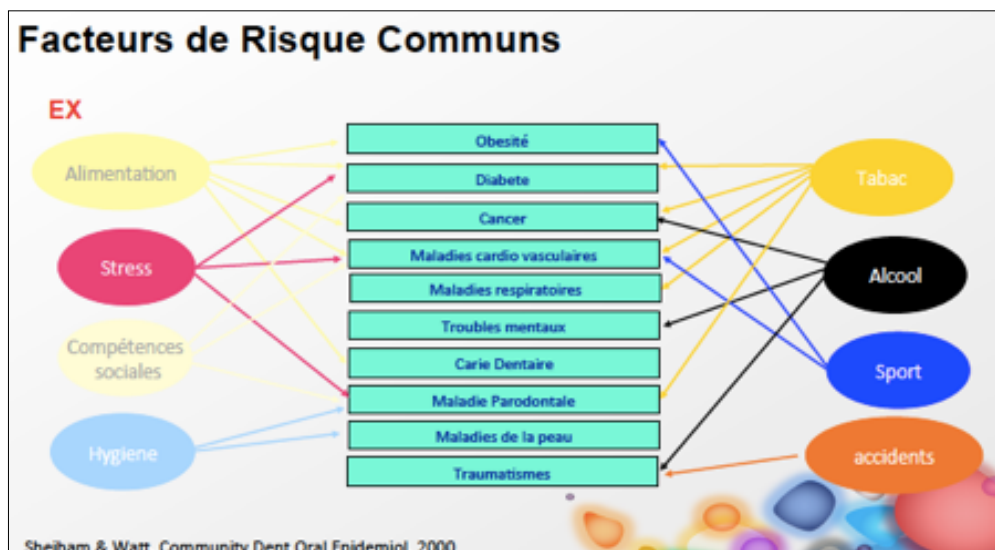
**TABLEAU 4**  
**Panorama des habitudes de vie des enfants selon le groupe socioprofessionnel des parents**

	Pourcentage d'enfants qui...				
	... ont un écran dans leur chambre	... passent devant un écran...		... prennent un petit-déjeuner quotidien	... consomment tous les jours des boissons sucrées
		... plus d'une heure, les jours de classe	... plus d'une heure, les jours sans classe		
Cadres	9,0	25,4	76,0	97,4	8,0
Professions intermédiaires	17,3	37,7	84,2	95,0	13,0
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	25,0	44,9	83,8	91,2	20,1
Employés	31,3	51,8	86,8	90,7	23,1
Ouvriers	33,7	59,0	85,9	85,4	31,4
<b>Ensemble</b>	<b>22,7</b>	<b>42,9</b>	<b>83,4</b>	<b>92,5</b>	<b>18,2</b>

Des difficultés liées à l'efficacité des interventions préventives

- Dépistages (Milsom et al. 2006, Azogui-Levy et al. 2003 ...)
- Séances d'information en milieu scolaire (Kay et al., 1996, Tubert-Jeanin et al. 2012 ...), ...

Il ne suffit pas d'être informé d'un risque pour choisir de l'éviter. Chacun sait que le tabac est nocif pour les poumons, pourtant de nombreuses personnes fument ... Dénoncer un comportement ne suffit pas pour qu'il soit abandonné.



Un premier élément dans le concept de promotion de la santé c'est l'approche par facteurs de risque communs. De nombreuses maladies partagent les mêmes facteurs de risque. Par exemple, l'alimentation a un impact sur le risque d'obésité, de diabète, de cancer et de carie. Donc c'est plus utile d'agir sur l'alimentation pour prévenir plusieurs maladies en même temps plutôt que de mettre en place un programme de prévention de l'obésité, un programme pour le diabète...

Ainsi, les actions de promotion de la santé sont multidisciplinaires et combinent différents types d'intervention

Agir efficacement sur les déterminants :

- Les écosystèmes de vie (conditions de vie, qualité de l'offre alimentaire, dentifrices fluorés, chewing-gum au sorbitol...)
- Les déterminants individuels (capacité à prendre soin de soi, habitudes de vie...)

Les apports de la bibliographie :

Trois familles de déterminants de l'efficacité des politiques de promotion de la santé à l'École :

– l'environnement physique et social de l'établissement incluant les différentes ressources notamment les services d'accompagnement pédagogique, sociaux et médicaux,

– les liens avec les familles et les acteurs territoriaux,  
– le développement des compétences individuelles en matière de santé dans le cadre des enseignements.

L'importance de la politique à l'échelon de l'établissement scolaire :

- Cohérence des politiques
- Nature des relations au sein de la communauté scolaire (climat d'établissement, soutien institutionnel, travail collectif)
- Enjeux liés à l'accompagnement et à la formation

L'impact de la promotion de la santé à l'école :

- 1) la nécessité de se référer à une base théorique explicite,
- 2) avoir des objectifs clairement identifiés,
- 3) s'assurer d'un soutien institutionnel fort,
- 4) former et accompagner suffisamment les acteurs,
- 5) mettre en œuvre une évaluation structurée,
- 6) articuler fidélité au programme et innovation,
- 7) développer une approche globale centrée sur les compétences sociales
- 9) travailler à long terme.



### Une mutation de fond :

1. Parcours de santé dans ses deux dimensions : soin et éducation
2. Prévention et éducation à la santé tout au long de la vie

### Le parcours éducatif de santé :

Le parcours éducatif explicite et organise ce qui est offert aux élèves en matière de santé à l'échelon de leur établissement scolaire en articulation étroite avec leur territoire de vie.

Pour qui : Tous les enfants scolarisés, il concerne outre les établissements scolaires, les institutions et professionnels du champ sanitaire et médico-social et du champ social, les responsables des structures d'accueil périscolaire et de loisirs

Dans son contenu, Il est structuré autour de trois axes :

- Un axe d'éducation à la santé : pour chaque cycle sont décrites les acquisitions visées et les activités de classe et périscolaires proposées

- Un axe prévention : sont décrits les dispositifs de prévention mis en place à l'échelle de l'établissement et associant les acteurs locaux en référence aux priorités de santé publique
- Un axe protection de la santé : sont décrites les démarches mises en œuvre dans l'établissement dans le but d'offrir aux élèves l'environnement le plus favorable possible à leur santé et à leur bien-être

### Des leviers

- Des textes de cadrage (parcours éducatif de santé, comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté...)
- La formation initiale et continue des professionnels
- La production de ressources pour l'intervention

## Demain, ensemble ...

### Les acteurs locaux ...

**Ici et maintenant, ils contribuent à la prévention**



- Valoriser
- Mutualiser
- Enrichir

Une priorité : Créer les conditions de la réussite de l'action régionale et locale

- Enjeu du développement d'un pôle national de référence pour la prévention en santé orale
- Mise à disposition des données de la recherche en prévention

- Accompagnement de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes
- Un soutien et une animation auprès des acteurs

Merci

### DÉBAT AVEC LES INTERVENANTS

Sylvie Azoguy-Levy revient dans le débat sur la dichotomie prévention individuelle-prévention collective : est-elle pertinente? Le programme MT dents est-il suffisant? N'est-elle pas trop dans les cabinets dentaires et peu dans le milieu scolaire?

Pour Evelyne Baillon-Javon, pas d'opposition entre les deux démarches même si les actions individuelles ont montré leur insuffisance parce qu'elles ne tiennent pas compte de l'environnement social. Il faudrait agir, comme le propose l'Institut Théophraste Renaudot dans une démarche communautaire en santé. C'est-à-dire sur un territoire donné, réunir tous les acteurs de la santé, les écouter et, en apprenant avec eux par l'échange, travailler à des actions pertinentes. Il faut aussi retravailler à des actions collectives comme sur le Fluor. En fait, il faut surtout mettre tout le monde autour de la table et échanger.

Sylvie Azoguy-Levy revient sur la nécessité que la profession fasse de l'entrisme pour la santé orale dans les institutions, notamment dans la perspective des prochains Projets régionaux de santé. Il faudrait aussi faire en sorte que la formation des étudiant-e-s en chirurgie-dentaire soient plus citoyenne. Le constat que l'on peut faire de cette table-ronde c'est que le chirurgien-dentiste est aussi un citoyen en même temps que d'être un professionnel de santé.

Pour Sophie Dartevelle, nous avons dû avoir des actions pertinentes, puisqu'à un moment donné elles ont porté leur fruit. La problématique c'est que nous ne sommes pas arrivés à ce que ce que ces quatre français sur dix aillent chez le chirurgien-dentiste. Aussi je reste une ardente défenseur de cette complémentarité individuelle-collective, mais aussi avec un niveau complémentaire comme le dépistage à l'école ou ailleurs où parents et enfants sont présents, et où on peut avoir une rencontre personnalisée.

Pour Didier Jourdan, bien sûr il ne faut rien opposer, mais quand même il ne faut pas louper cette idée de parcours de santé, ici et maintenant, car l'enjeu majeur n'est pas d'amener au cabinet dentaire, mais d'agir sur les déterminants de la santé bucco-dentaire, sur la capacité de travailler avec les populations vulnérables et la construction d'un discours qui permet de faire que la santé orale deviennent un enjeu majeur de santé publique.

Il faut agir sur l'image de la santé bucco-dentaire, et faire du chirurgien-dentiste un acteur de santé publique sur son territoire, et pas seulement un dispensateur de soins dans son cabinet.

Sylvie Azoguy-Levy partage cette démarche, mais insiste sur tous les autres acteurs de santé publique dentaire dit de seconde ligne, comme la famille qu'il faut valoriser et inclure, qui font le lien entre l'individu et le professionnel de santé, dont le chirurgien-dentiste.

Michel Devriessé fait référence à l'apport des chirurgiens-dentistes belges contre la profusion de sodas dans leur pays. Ils ont été les seuls à se bouger pour en limiter la consommation dans les écoles. Cela veut dire que le praticien a bien un rôle de santé publique à jouer. Les chirurgiens-dentistes aujourd'hui cherchent maintenant à former les équipes éducatives dans les écoles, à la prévention, dès l'âge de 3 ans. En Belgique, nous n'opposons pas les deux approches individuelles et collectives, cela d'autant que le cabinet dentaire est un lieu de prévention par ce contact avec les patients, notamment sur le tabagisme. Reste la formation des chirurgiens-dentistes plus formés à soigner qu'à comprendre le monde dans lequel ils vivent. C'est dommage, car cela doit être aussi leur métier. Au niveau des inégalités de santé, elles ont été réduites par nos mesures, mais aujourd'hui il a bien d'autres domaines comme l'obésité qui deviennent prioritaires. Il faut rester combatif en direction des institutions, et élargir le champ d'intervention de professionnels de santé bucco-dentaire, comme les hygiénistes qui sont un recours satisfaisant, et nous aurons notre première promotion d'hygiénistes belges en 2019. La France va être de plus en plus isolée dans ce domaine.

Remerciements à tous les intervenants.



## DÉBAT AVEC LA SALLE

Dans la salle, des interventions sont revenues sur l'importance de la santé bucco-dentaire pour l'estime de soi, sur l'expérience d'hygiéniste du Québec, sur le besoin de mesurer la prévalence carieuse d'une manière plus fine avec un indicateur comme le SIC, sur le transfert salivaire des parents vers les enfants et donc intervenir dès l'âge de 6

mois, sur les lésions carieuses bactériennes pour lesquels les fluorures ne sont pas efficaces, et sur l'effet du xilytol en pâte (voir poster de Jacques Verroneau). Il a été fait une fois de plus le lien entre les dépistages et le réseau de soin pédo-dontique insuffisant. De même pas de soins sans ouverture de droits.



---

# DES EXPÉRIENCES QUI INTERPELLENT

---



**Modératrice**

**PR MARIE-CÉCILE MANIÈRE**

*Co-Présidente scientifique, Faculté de Chirurgie Dentaire,  
Université de Strasbourg*

## OUVERTURE DE LA CESSION

Pr MARIE-CÉCILE MANIÈRE

Bienvenue à cette première session de cette après-midi.

Pour introduire la séance, je vais partir de mon expérience de clinicienne, puisque je suis pédiodontiste, je vais parler de l'enfant. Je considère que dans ce champ, il y a un enjeu de prévention précoce. Souvent à ce sujet, on oppose une prévention que l'on pourrait qualifier d'universelle, que l'on pourrait considérer coûteuse et à l'efficacité incertaine, à une prévention ciblant des populations vulnérables, notamment au plan social, souvent à l'origine de ces vulnérabilités. Mais cela permettrait de concentrer les moyens vers ces populations. Pour moi, il ne faudrait pas les opposer, mais les combiner. Il faudrait aussi s'entendre sur le concept de vulnérabilité, très utilisé en santé familiale, mais qui peut être stigmatisant pour certaines populations. Je préfère la notion de période de vulnérabilité à celle de population. La période de vulnérabilité en santé orale, est celle de la toute petite enfance, où il faudrait mettre en place un plan de prévention.

La vulnérabilité résulte d'un lien social, et d'un contexte économique qui a éffrité la protection sociale. L'enfant est vulnérable par essence, dès la naissance. On a mis en place des préventions génériques comme par exemple les Droits de l'Enfant, qui sont maintenant présents dans la plupart des pays d'Europe, et des préventions plus spécifiques ciblant des vulnérabilités telles que la maltraitance ou les migrations.

C'est crucial que les politiques publiques puissent mettre en place des préventions précoces dès la plus petite enfance. Pour ce qui concerne la santé orale, je suis surtout confrontée à trois situations : la petite enfance, la migration et le handicap. Dans ces trois domaines, est-ce que la Charte d'Ottawa a été prise en compte. Dans un certain nombre de situations on peut dire que oui, parce que des orientations ont été fixées, des stratégies et des planifications ont été prises pour atteindre un meilleur niveau de santé, mais il reste encore beaucoup à faire, et je considère que le verre reste encore plutôt vide.

Dans un dossier petite enfance remis en 2006 par le Pr Marysette Folliguet, et ses collaborateurs, à la Direction générale de la Santé (DGS), des propositions avaient été faites, donc voici dix ans. Que reste-t-il de cela? Il y en avait une sur le Fuor, mais Dominique Droz, va y revenir. Il y avait une autre proposition importante, celle d'une consultation dentaire précoce au premier anniversaire de l'enfant, date clé qui a été reprise par de nombreux pays scandinaves, mais avec des systèmes de santé différents puisque comptant de nombreux hygiénistes dentaires. Il avait été difficile d'obtenir l'accord des chirurgiens-dentistes en France, à cette époque. Probablement que notre formation n'avait pas induit cette adhésion les années antérieures. Pour autant cette mesure pourrait être relayée par les pédiatres, mais cela nécessiterait en France une formation de ces praticiens mais aussi des familles. Cela étant, sa mise en place devrait se faire dans le milieu de vie de l'enfant, lors des visites obligatoires chez le pédiatre ou en PMI, dès l'âge de six mois. Cela exige de leur donner une formation adéquate pour dépister les risques et orienter en odontologie au mieux si nécessaire. C'est de notre responsabilité d'organiser cette formation en France. Dans certaines localités, ville, département comme le Val-de-Marne ou région comme la nôtre, cela se fait déjà, notamment en direction des sages femmes. Mais au niveau national, les pouvoirs publics n'ont pas pris la mesure de l'enjeu de ces mesures. Il nous faut absolument faire valoir l'importance d'inclure les messages de santé bucco-dentaire dans la santé en générale, c'est une des clés que l'on doit développer.

Pour l'accès aux soins, il y a des soins qui relèvent de la compétence de spécialistes pédiatriques, relevant tant de la formation initiale que continue. Ce qui veut dire qu'il nous faut développer la spécialisation dans notre domaine, d'où la place donnée à la pédiatrie dans le cursus de l'internat MBD. Les enfants en vulnérabilité sociale sont aussi un enjeu majeur de santé publique. Il y a une forte proportion de ces enfants dans nos consultations,

avec une recrudescence des enfants de migrants. Il y a besoin de guide de traduction. La planification avec des rendez-vous fixes est aussi une difficulté rencontrée par ces familles. On rencontre des obstacles donc dans la prise en charge de ces patients, car nous ne prenons pas suffisamment en compte l'univers culturel de ces patients. Il existe à Paris, des parcours interculturels dans les services. Mais ce n'est pas le cas partout en France, comme à Strasbourg. De plus, il n'y a pas beaucoup d'études en France sur l'état de santé pédiatrique dans notre domaine de ces enfants de migrants. J'ai seulement trouvé une étude en Suisse dans la revue *Pédiatrica*. Dans leurs conclusions, elle note que les principales pathologies somatiques mises en valeur chez les enfants migrants sont dominées par la forte présence de maladies infectieuses, et parmi elles, il est noté la carie du biberon, pour 50% de ces enfants, alors que le système de santé est bien développé dans ce pays. Le déficit de prévention est patent, notamment en vaccination ou en information. Elle concluait qu'il fallait augmenter les compétences médicales transculturelles des soignants pour la prise en charge de ces populations.

En France, il nous faut nous arrêter sur l'importance comme l'exceptionnalité de nos services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI). La loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance, revenait sur le rôle pivot de la PMI, comme le notait ce matin dans son intervention Mme Marie Kennedy. Par les missions qui sont les leurs, des acteurs de santé majeurs, en lien avec les professionnels de santé et les établissements spécialisés, avec l'aide sociale à l'enfance. Elle devrait être au coeur d'un dispositif de prise en charge de l'enfant, et nous devrions nous aussi travailler en complémentarité avec les équipes de PMI, pour promouvoir la santé orale du tout-petit. A Strasbourg nous sommes en train de mener une expérience pilote dans la région, en associant la PMI, les étudiants en optionnels et les services d'odontologie.

Pour ce qui concerne les enfants en situation de Handicap, au delà des réseaux existants, le Ministère a mis en place deux plans d'action nationaux pour les enfants atteints de maladie rares. Grâce à ces plans, nous avons pu inclure la prévention de la santé orale chez ces enfants. Nous travaillons à mettre la santé orale dans leur parcours de soins

de manière à l'inclure dès le diagnostic de la maladie rare. Ceci d'autant qu'il y a pour ces patients un réel problème d'accès aux soins, dont les soins dentaires. Cela nécessite de travailler en réseaux, avec ces centres de références. C'est un exemple de ce que peut faire le ministère de la santé pour jouer son rôle dans la promotion de la santé orale.

En conclusion, la prévention est nécessairement multidimensionnelle et globale, couvrant tous les champs de la vie de l'enfant dans son contexte, nécessitant une complémentarité des acteurs et des actions, et les quatre conférences qui vont suivre vont nous aider à y voir plus clair.

Je laisse la parole au Dr Ariane Aïd et je vous remercie.

# LA NOUVELLE SITUATION DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DANS LE VAL-DE-MARNE A 5/6 ET 12 ANS : ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE 2015.



## DR ARIANE EÏD,

Chirurgien-dentiste - Service de Santé publique dentaire – Conseil départemental du Val-de-Marne. Enquête épidémiologique réalisée par les docteurs Ariane Eïd, Eric Tran Lu Y et l'équipe du service de santé publique dentaire du Val-de-Marne.

Dans le cadre de l'évaluation du programme départemental de prévention bucco-dentaire du Val-de-Marne, un suivi épidémiologique est organisé depuis 1991. La cinquième enquête épidémiologique a eu lieu en 2015, auprès des enfants âgés de 5/6 et 12 ans scolarisés, dans les établissements publics du département, en partenariat avec la Direction des services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN).

L'objectif de cette enquête est double : d'une part connaître la répartition de la carie en fonction des données socio démographiques et d'autre part observer l'évolution de la santé bucco-dentaire, depuis 2009.

### Matériel et méthode

L'enquête s'est déroulée dans l'ensemble des villes du département. Elle a concerné 1200 enfants de 68 classes de grande section maternelle tirées au sort.

Les enfants âgés de 12 ans ont été examinés (1355) dans 61 collèges, essentiellement en classe de 5ème.

Il y a eu très peu d'absence et de refus, plus de 80% des enfants des échantillons ont pu être examinés.

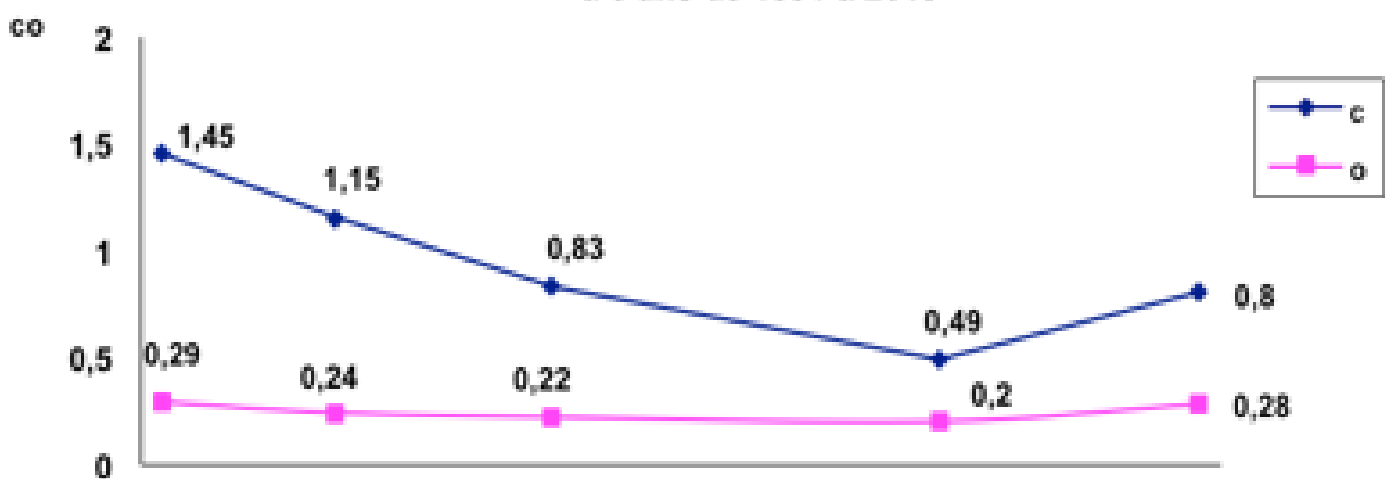
Les examens ont été réalisés, en classes, par 8 chirurgiens-dentistes formés et dont les examens ont été calibrés.

### Les résultats

Enfants âgés de 5/6 ans

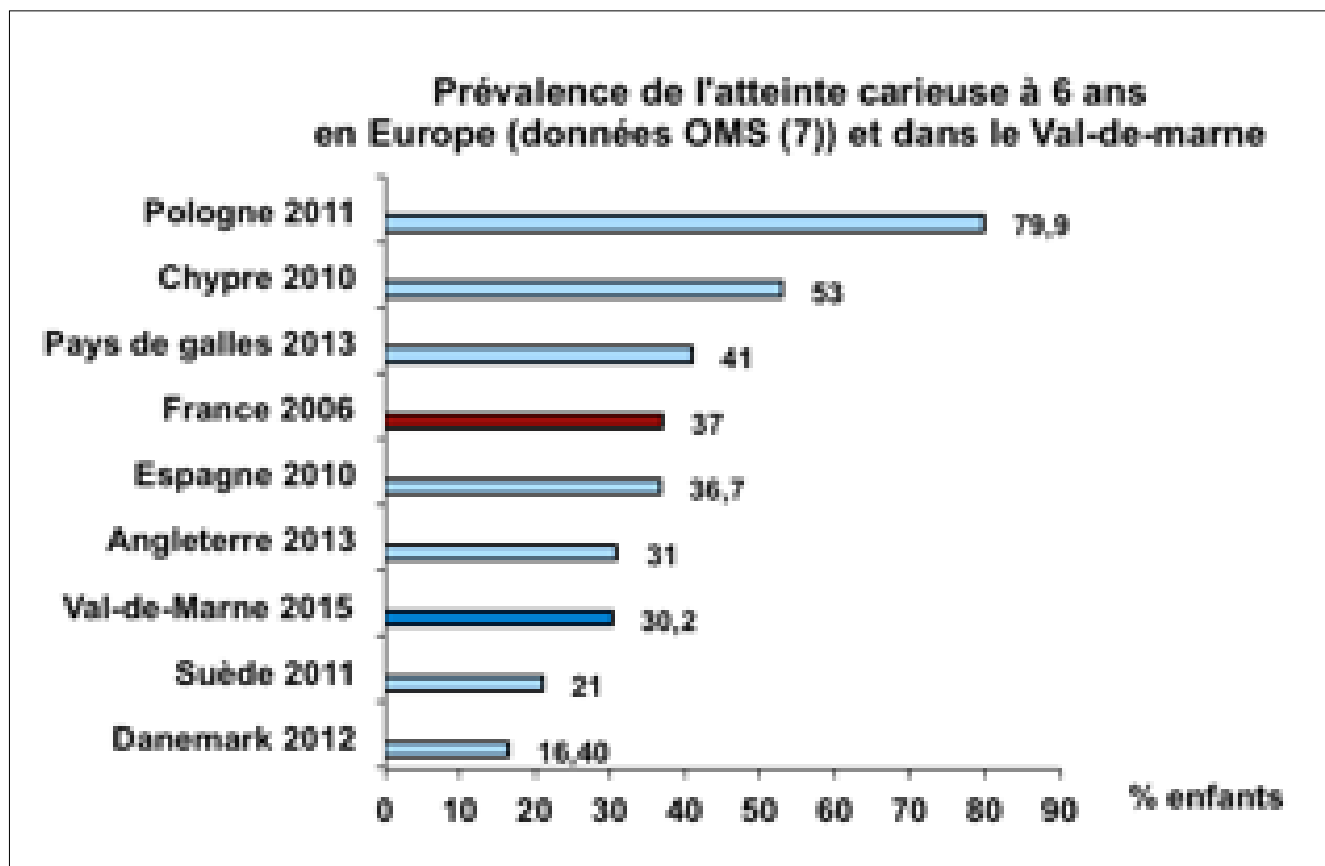
Après une amélioration constante, jusqu'en 2009, on observe une augmentation du nombre moyen de dents atteintes soignées (o) et non soignées (c), nous ramenant au niveau de 2000, qui reste très inférieur à celui de 1991.

Evolution de l'atteinte carieuse à 6 ans de 1991 à 2015



La comparaison des résultats aux données nationales et européennes (données OMS), montre que dans le Val-de-Marne, la prévalence carieuse reste parmi les moins élevées. Ces comparaisons sont à prendre avec précaution du fait des protocoles qui peuvent différer d'un pays à l'autre.

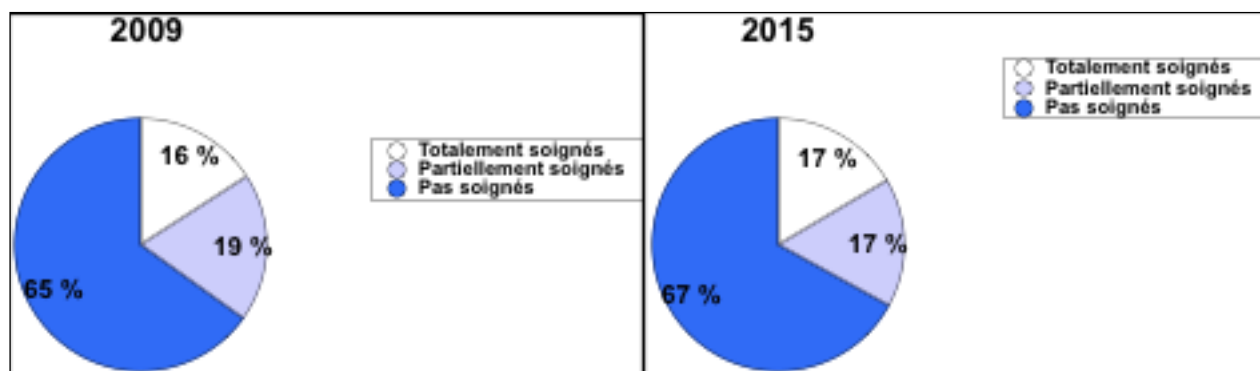
Il est, bien sûr, regrettable que l'on ne puisse pas se comparer à des données nationales ou régionales récentes, les dernières données nationales datant de 2006.



En 2015, 30% des enfants ont été atteints par la carie. Chez ces enfants, le recours aux soins est resté stable entre 2009 et 2015, tout en étant

insuffisant puisque les deux tiers des enfants qui en auraient besoin, n'ont aucun soin.

Distribution des enfants de 5-6 ans ayant été atteints par la carie, en fonction du recours aux soins, sur dents temporaires

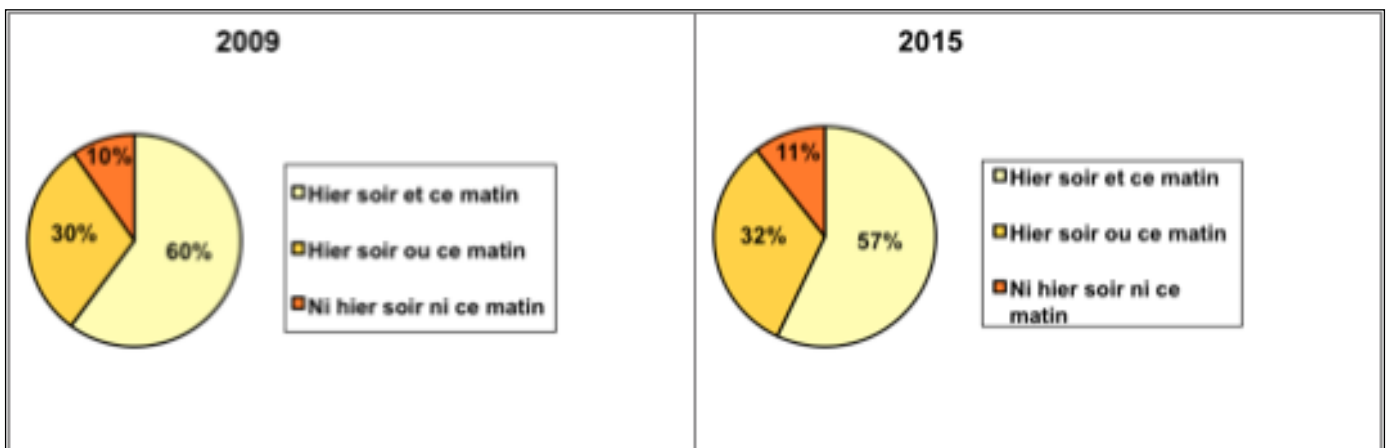


P=0.68

Au niveau de l'hygiène bucco-dentaire, la fréquence du brossage n'a pas évolué significativement depuis 2009, 90% des enfants disent se brosser les dents au moins une fois par jour. Toutefois, la présence de plaque dentaire et le taux de caries sont plus importants en 2015, quelle que soit la fréquence du brossage. Une des hypothèses pour expliquer ces résultats pourrait-être

un facteur de risque indépendant du brossage, tel que l'alimentation, avec par exemple une augmentation du grignotage ou de la consommation de sucre. Il peut s'agir également d'un manque d'efficacité du brossage liée à la technique ou une diminution de l'utilisation du fluor.

Evolution de la fréquence déclarée du brossage chez les enfants de 5/6 ans, entre 2009 et 2015



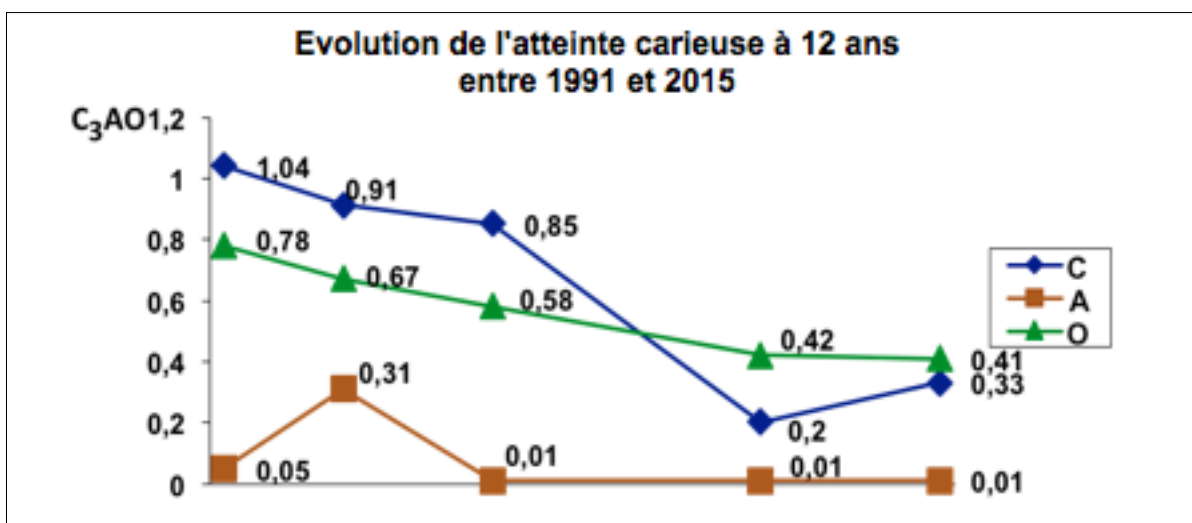
P=0.244

### Enfants âgés de 12 ans

Après une amélioration, jusqu'en 2010, du nombre moyen de dents définitives cariées, absentes pour cause de caries et obturées (CAO), on observe une légère augmentation ( $p < 0.002$ ) entre 2010 et 2015. A 12 ans, l'augmentation du CAO est

beaucoup plus faible qu'à 6 ans et le niveau d'atteinte (0.75) est resté très inférieur à celui de 2000 (1.44).

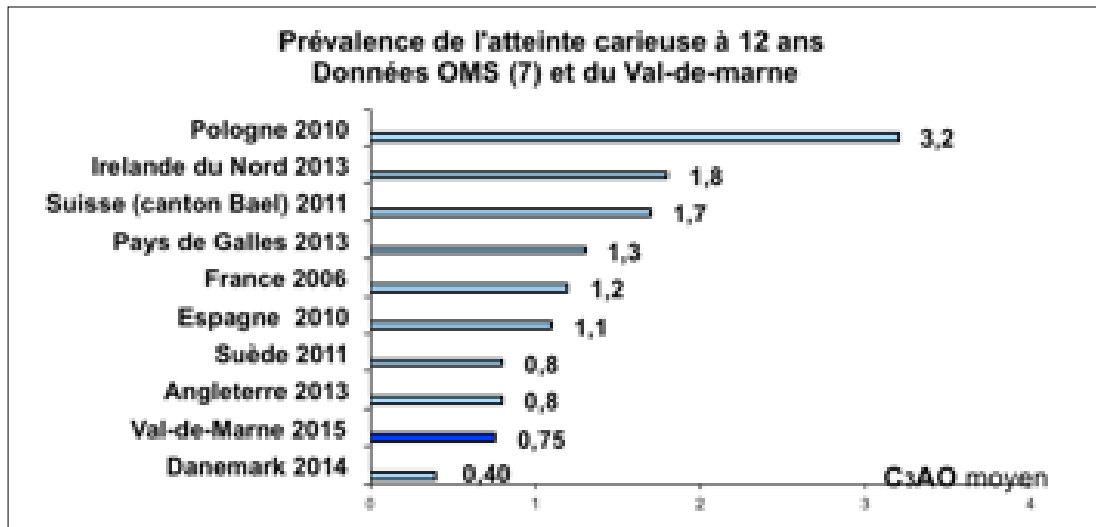
En 2015, les enfants ont en moyenne plus de soins en bouche que de caries, ce qui n'était pas le cas jusqu'en 2000.



## DES EXPÉRIENCES QUI INTERPELLENT

A 12 ans, les comparaisons avec les enquêtes nationales et européennes montrent que l'atteinte

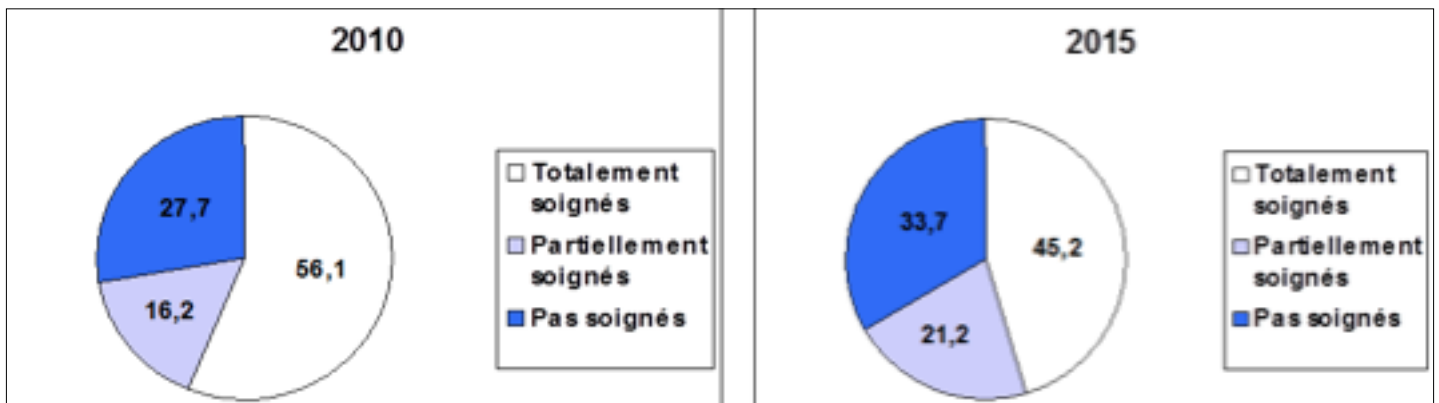
carieuse dans le Val-de-Marne reste parmi les plus basses.



Le recours aux soins des enfants de 12 ans, est moins bon en 2015 qu'en 2010, même s'il est

meilleur qu'à 5/6 ans, il reste un tiers des enfants atteints par la carie qui n'ont aucun soin.

Distribution des enfants de 12 ans ayant été atteints par la carie en fonction du recours aux soins sur dents définitives

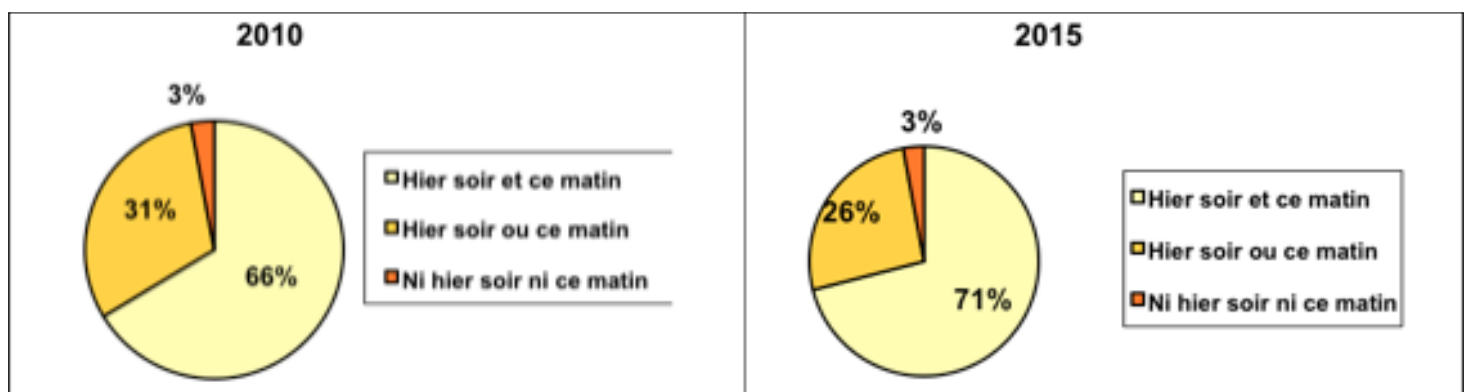


P=0.013

Au niveau de l'hygiène bucco-dentaire, les enfants sont plus nombreux, en 2015 (71%) qu'en 2010 (66%), à déclarer s'être brossé les dents matin et soir, avec un brossage plus fréquent qu'à 5/6 ans.

Comme à 6 ans, la présence de plaque dentaire a augmenté entre les deux enquêtes, quelle que soit la fréquence du brossage.

Evolution de la fréquence déclarée du brossage chez les enfants de 12 ans, entre 2010 et 2015





## DES EXPÉRIENCES QUI INTERPELLENT

### La bonne santé dentaire

La bonne santé dentaire représente les enfants qui n'ont jamais été atteints par la carie ou qui sont totalement soignés.

Les résultats montrent que même si la part des enfants en bonne santé dentaire a diminué depuis 2010, cette part reste importante :

**En 2015, une bonne santé dentaire supérieure à**

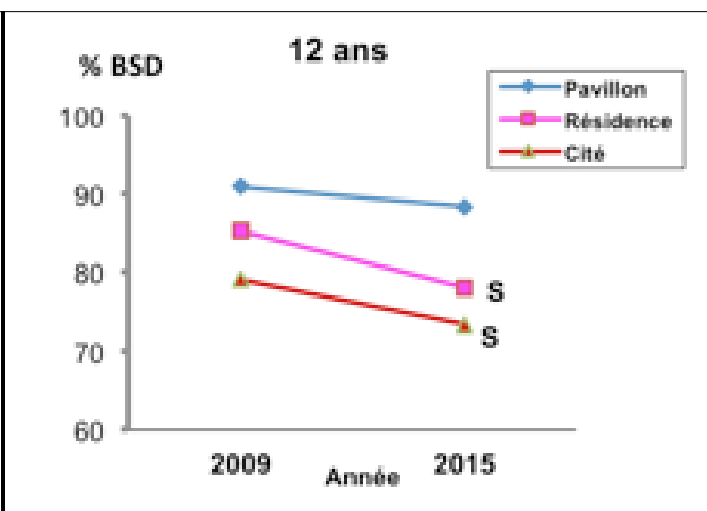
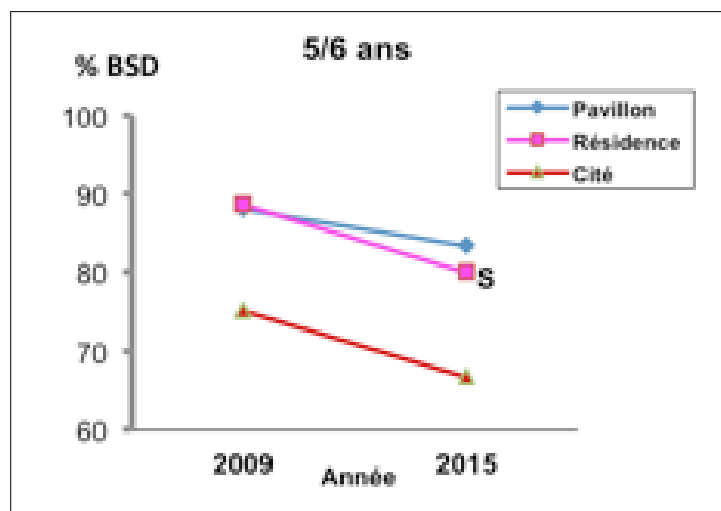
**- 80% à 12 ans**

**- 74% à 6 ans**

### Les déterminants

A 12 ans, comme à 5/6 ans, les résultats en fonction des déterminants (catégories socio professionnelles et quartiers d'habitation) montrent qu'il

existe toujours une atteinte plus importante chez les enfants issus des milieux les plus modestes.



### Conclusion

L'atteinte carieuse a augmenté entre 2009 et 2015, mais dans le Val-de-Marne, plus de 80% des enfants de 12 ans et 75% à 6 ans, sont en bonne santé dentaire

Pour comprendre cette évolution, plusieurs pistes doivent être explorées.

- Une diminution de l'efficacité du brossage ou un facteur de risque indépendant du brossage tel qu'une alimentation plus riche en sucre ou une augmentation du grignotage qui expliqueraient l'augmentation de la plaque dentaire quel que soit la fréquence de brossage.
- Le facteur social, cette évolution de la santé dentaire est concomitante avec la crise de 2008. Actuellement une étude est en cours avec l'observatoire social du Département du Val-de-Marne pour rapprocher l'évolution des indicateurs dentaires de l'évolution des déterminants socio-économiques.

- Une approche plus sociétale, avec les changements de comportements des parents et des enfants.

S'il est important de poursuivre le travail d'éducation pour la santé en direction de l'ensemble des enfants, des inégalités de santé persistent, le travail spécifique en direction des populations les plus vulnérables doit également continuer pour lever les freins à l'adoption de comportements favorables à la santé bucco-dentaire.

Ces résultats montrent le rôle primordial des suivis épidémiologiques, sans ces chiffres nous n'aurions pas eu d'alerte. Pour mettre en place une politique de santé publique qui reste en adéquation avec les besoins de la population, la connaissance de son état de santé bucco-dentaire est indispensable.

Enfin, ces résultats confirment l'importance de maintenir les actions de prévention, pour lutter contre les problèmes de recours aux soins et les inégalités sociales de santé.

## "50 ANS DE PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE"



### DR JACQUES WEMAERE

*Vice-Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire*

Je voudrais remercier les organisateurs pour cette invitation. Nous partageons tous ici cette idée qu'il ne peut y avoir une bonne santé, sans une bonne santé bucco-dentaire. Trop de personnes encore, en France, souffrent de pathologies buccales et orales, et ne vont pas se faire soigner pour de multiples raisons. Peut-être faut-il se pencher sur l'efficacité de nos moyens de prévention.

L'UFSBD a été créée en 1966 par les chirurgiens-dentistes dans chaque département pour la prévention de la santé orale dans 21 régions, et bientôt 13 pour être conforme avec le nouveau découpage territorial. C'est sous l'impulsion de l'ordre de certains syndicats que la profession s'est organisée pour mettre en œuvre des actions de prévention dans ces années là dans les lieux de vie, en commençant par les écoles. Depuis en dehors de la carie, nous nous sommes intéressés aux maladies parodontales et aux maladies érosives transformant notre approche en cabinet, celle de la population et dans nos actions de prévention au sein des milieux scolaires. Nous avons commencé par de la prévention primaire, puis avons poursuivi avec la prévention secondaire, début du lien avec le cabinet dentaire. On a dépisté les enfants et on leur a proposé d'aller voir un chirurgien-dentiste. Puis en fonction des retours, on a évalué le taux de recours aux soins.

Puis nous avons été mandatés pour travailler à des études épidémiologiques dans les années 85-86, et la dernière date de 2006, et nous déplorons nous aussi qu'il n'y en ait pas eu de nouvelles.

Depuis 1990, nous sommes passés de l'enfance, à la petite enfance, et de plus en plus tôt, jusqu'à la prise en compte de la femme enceinte. Puis nous avons élargi notre champ d'intervention aux EPHAD, IAT et maintenant ESAT, ainsi qu'aux malades aux multiples pathologies, notamment aux maladies chroniques comme les diabétiques.

On a fait de nombreux outils, et tout en continuant notre travail dans les écoles, mais il nous faut constater que les mesures prises ont réduit

notre rayon d'action. Il fut un temps où nous voyons en France, toutes les tranches d'âges dans un département, alors que maintenant nous intervenons sur des classes ciblées comme les REP.

Nous avons aussi travaillé sur le sel fluoré ou sur les sucres de substitution.

Nos enquêtes ont montré de 85-86 à 2006 la baisse de la carie.

Avec l'OMS, nous développons quatre thématiques : celle des cancers oraux, les VADS, et le rôle du chirurgien-dentiste dans leur dépistage et leur accompagnement ; la prise en charge de la carie chez l'enfant et le jeune enfant ; la prise en charge des patients en situation de « vulnérabilité », les personnes dépendantes et les personnes en situation de handicap ; puis nous travaillons à la veille sanitaire, ce que nous avons du mal à réaliser faute de moyens sur cette problématique là.

Le baromètre santé 2014 des adultes qui est basé certes sur du déclaratif, mais qui nous montre que 71% des personnes interrogées de 15 à 75 ans, déclaraient se brosser les dents 2 fois par jour, 25% une seule fois par jour et près de 4% moins souvent. 63% des 15-17 ans ont déclaré avoir consulté un chirurgien-dentiste durant les douze derniers mois.

Nous organisons aussi des formations notamment sur la santé bucco-dentaire des tout-petits, sur les soins sous MEOPA, sur la prise en charge des patients atteints de cancers, .. pour tous les confrères, et nous éditons des revues en leur direction, pour les salles d'attentes.

En 50 ans, nous sommes passés d'une action hétérogène à une action planifiée sur tout le territoire national, avec 20 millions de personnes qui ont pu ainsi être concernées.

L'UFSBD a enrichi au fil des années ses messages de santé pour dépasser les messages stricts liés à l'hygiène bucco-dentaire afin d'évoluer jusqu'au positionnement de la santé bucco-dentaire au cœur de la santé.

Cinquante ans d'actions, 50 ans de sourires, 50 ans de proximités marquées par des avancées en terme d'amélioration de la santé bucco-dentaire de la population.

Ces résultats ont pu être obtenus grâce aux recommandations que nous avons travaillées, au travail entrepris en dehors des cabinets, dans les écoles, dans les EPHAD, les IME, en partenariat avec les institutions comme l'Assurance maladie, avec notamment la mise en place du programme MT'Dents, et tout récemment l'examen au 4ème mois de grossesse de la femme enceinte, pour tenter d'obtenir que chacun puisse avoir un accès égal à la santé.

Pour conclure, il faudrait :

### **1. ENCOURAGER LES RÉFORMES STRUCTURELLES.**

- Il faut passer de l'Assurance Maladie à l'Assurance Santé

La modernisation de notre système de santé ne doit pas se limiter à une réflexion sur l'accès aux soins, mais doit prendre en considération la problématique de l'accès à la Santé dans sa globalité ... et ce n'est pas simplement une vision sémantique de la question mais bien une vision globale de professionnels de santé confrontés à la réalité de l'état de santé des français au quotidien dans leurs cabinets.

- Le rôle du pouvoir politique, ne peut pas être uniquement d'offrir à chaque citoyen un égal accès aux soins, particulièrement aujourd'hui dans un contexte où les inégalités sociales de santé se creusent. Le rôle du pouvoir politique est d'offrir à chaque citoyen un égal accès à la Santé

### **2. FAVORISER L'ACCÈS À LA SANTÉ POUR TOUS EN FAVORISANT L'ACCÈS À LA PRÉVENTION POUR TOUS**

- Continuer à sensibiliser / mobiliser et informer le grand public notamment grâce aux actions de proximité sur tous les terrains de prévention / dans les cabinets dentaires et par l'intermédiaires de relais (école – médias...).

- En complément des recommandations générales pour une bonne santé dentaire, proposer un parcours de santé bucco-dentaire totalement intégré au parcours de santé globale à tous les français avec des consultations de prévention obligatoires à des âges clefs.

- Compléter par la prise en charge d'actes de prévention et de prophylaxie

### **3. INTENSIFIER LE LOBBYING POLITIQUE AFIN D'INSCRIRE LA SANTÉ DENTAIRE AU CŒUR DES MESURES DE SANTÉ**

-Reconnaissance des produits d'hygiène bucco-dentaire comme des produits de 1ère nécessité

- Fluor : évolutions des recommandations

Je vous remercie de votre attention.



## LA PLACE ACTUELLE DU FLUOR EN PRÉVENTION



### DR DOMINIQUE DROZ,

*MCU-PH, responsable de la sous-section d'Odontologie Pédiatrique,  
Faculté d'Odontologie de Nancy, Université de Lorraine*

Nous avons parlé depuis ce matin d'un manque de données épidémiologiques en matière de carie. Je voudrais attirer votre attention sur cet article du Pr Michele Muller-Bola, du problème de lésion carieuse qui se reporte sur les adultes, et d'autre part nous avons des indices insuffisants, et comme cela a été suggéré ce matin, je pense aussi que la classification SIC serait plus pertinente pour analyser nos résultats, et on serait moins optimiste. Pas d'enquête nationale sur les tout-petits, mais des données régionales. En PMI en Moselle on voudrait refaire la même étude qu'il y a 10 ans. A l'étranger, on voit aussi que la prévalence carieuse augmente, et cela devient problématique. En terme d'Evidence Base, j'ai repris un article de Tritsman, qui reprend les grandes lignes et les grandes références, on voit bien l'attraction préventive active des dentifrices fluorés, et le niveau de preuve pour le dentifrice et le vernis. Encore faut-il les utiliser et en avoir les applications. Il y a aussi la concentration du dentifrice. En terme de prévention sur la dent permanente, il y a les sealants et le xylitol. Sur ce dernier point, il y a l'étude québécoise intéressante sur le sujet qui nous a été présentée. Les plus récentes études sont sur l'arginine. Manque d'études, manque de preuves, cela devient de plus en plus difficile, du fait de la multiplication d'apport de Fluor. Il ne suffit pas d'utiliser un produit fluoré, il faut s'assurer que ce soit bien utilisé. En France, il y a eu de nombreuses recommandations, avec des éléments contradictoires, et le dernier groupe de consensus pour permettre de rejoindre ces points de vue a été entériné par la HAS en 2010.

Première recommandation, le brossage pour tout le monde avec un dentifrice fluoré. La mesure la plus efficace de prévention, à condition de s'assurer que tout le monde puisse avoir accès à une brosse à dents et qu'ils puissent bien l'utiliser. Deuxième recommandation, c'est l'usage du Fluor systémique, modulé en fonction du risque carieux et en fonction du bilan fluoré, restreint à une seule source fluorée.

En cas de risque carieux, on dispose en France essentiellement de vernis fluoré autour de 22 500 ppm. Les prescriptions de bains de bouche sont moins usitées, et pour que cela soit efficace, Marie Cecile Manière l'avait déjà démontré dans sa thèse d'exercice, il faudrait que cela soit supervisé. On réserve les gels fluorés la plupart du temps à des patients en hyposialie, dans les traitements de cancers. Aucune prise en charge par la Sécurité sociale de ces vernis, ce qui sème le doute parmi les parents.

Ce qui est important, dans ce que l'on a préconisé en France, c'est l'évaluation du risque carieux, mais cela semble difficile, comme l'a montré une thèse à Clermont Ferrand en 2016. On est à 38,4% des praticiens qui considèrent qu'ils n'ont pas le temps et que c'est mal rémunéré, et 30% considèrent qu'ils n'ont pas les connaissances suffisantes, ce qui est inquiétant. Et pourtant on en parle tout le temps dans leur formation initiale, c'est à se demander s'ils vont en cours. La difficulté d'application est liée néanmoins au fait que les enfants pour 40% ne se brossent pas les dents plusieurs fois par jour. 53% n'ont jamais consulté un chirurgien-dentiste, et pour ceux qui ont consulté, nous ne savons pas si le chirurgien-dentiste a fait un bilan. Dans un article de F.Courson, qui a beaucoup œuvré pour notre association, en juin 2016, il est noté que le praticien généraliste a une difficulté de soins en direction des enfants. Les bonnes habitudes des enfants se prennent tôt, ce n'est pas après 3 ans, c'est même avant la naissance, or MT'Dents n'intervient qu'à 6 ans, qui est souvent la date de la première consultation dentaire. Les familles considèrent souvent que si c'est l'âge auquel se fait le remboursement, c'est donc bien celui qui compte.

On a mis en place à Nancy, une consultation de la femme enceinte qui marche bien. La première consultation à un an, cela fait des années qu'on en parle, et on travaille avec la PMI, même si peu d'enfants nous sont envoyés par le pédiatre. Deuxième recommandation, c'est le bilan fluoré

, qui est difficile, même si cela avait été mis en place pour éviter les fluoroses, il faut remettre les pendules à l'heure, car en France, c'est la carie qui est un problème de santé publique, et pas la fluorose, qui n'est pas notre consultation la plus fréquente. Le Bilan fluoré, c'est pour la supplémentation fluorée, avec le zymafluor. L'eau, il y a des cartes qui existent, et la concentration est notée sur les factures d'eau. Puis il y a les eaux embouteillées, mais c'est compliqué car tous les producteurs n'indiquent toujours pas le dosage en fluor sur leur bouteille, ce qui ne nous aide pas. On peut leur proposer l'eau du robinet, cela coûte pas cher, et c'est très bien, comme à Nancy où elle n'est pas fluorée. Le sel fluoré est en chute libre, et en concurrence avec des sels comme celui de Guérande. Et le patient souvent achète son sel sans regarder la teneur en fluor ou pas.

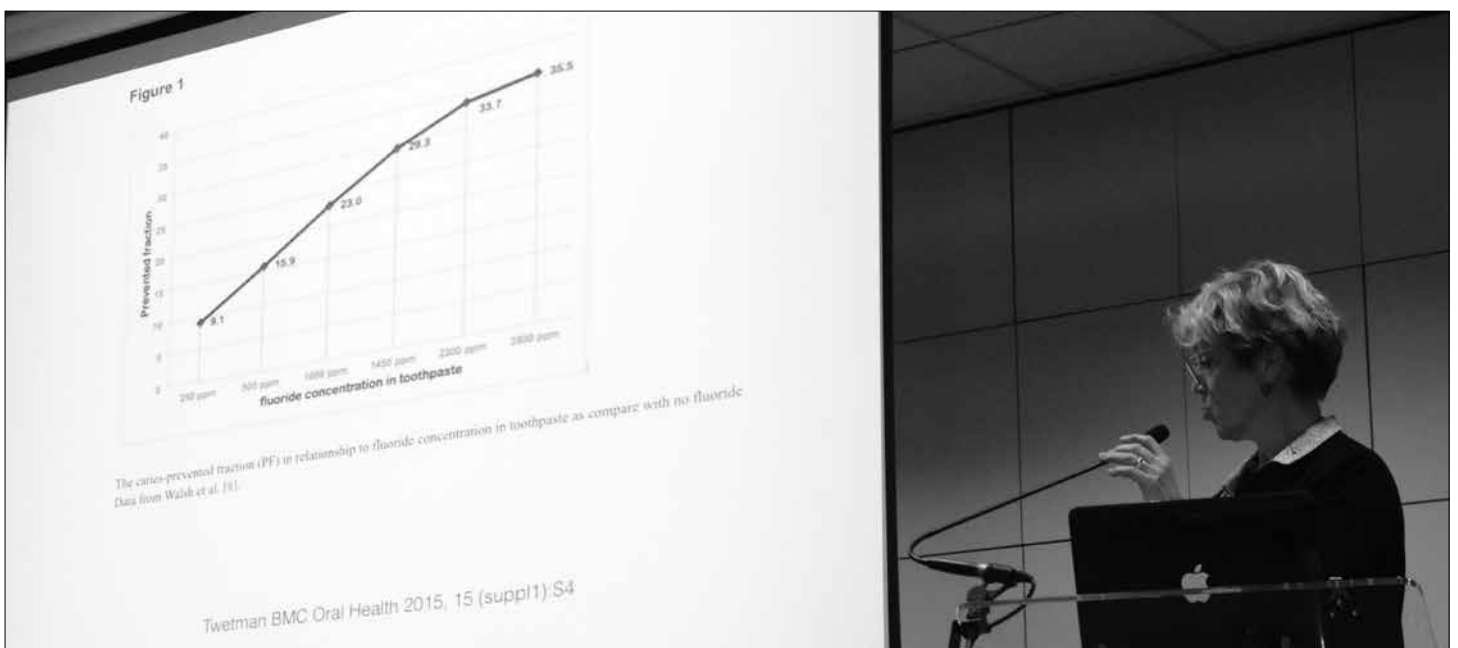
D'où la difficulté de faire un bilan fluoré. Et c'est souvent ceux qui en auraient besoin que l'on ne voit pas en consultation quand cela leur serait nécessaire.

Une étude faite le Pr Jean-louis Sixou, a montré que peu de praticiens faisaient un bilan. Sans compter l'étude de Anne-Marie Musset qui montré qu'il n'y avait pas de suivi.

Entre 2000 et 2013, ces recommandations ont évolué, mais pas pour tous comme l'UFSBD qui ne parle que du dentifrice fluoré. Il y a aussi cette émission de télévision qui n'a pas aidé, alors que l'OMS a bien établi que le bénéfice/risque est favorable au fluor. Et ils ont dénaturé les informations données par les professeurs d'université. Le gros problème est que nous sommes face à des détournements médiatiques regrettables faisant en sorte que de nombreux dentifrices sortent sans fluor.

On évolue maintenant vers un parcours thérapeutique, mais on n'a pas les finances pour lutter contre les sodas. Quant à ceux qui sont sans sucres, ils restent néanmoins acides, et l'érosion est un problème majeur. Et là l'émail se décolle et l'on ne peut pas le recoller.

La charte du Val-de-Marne pour aller à la rencontre des enfants des crèches à l'école, c'est très important. Mais avec les nouveaux horaires, cela devient plus difficile d'aller dans les écoles.



## LA PLACE DES USAGERS



### THOMAS SANNIER

Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS)

Je vous remercie de votre invitation, mais comme vous le savez, je viens ici remplacer, Daniel CARRE, qui est décédé, et qui a oeuvré tout particulièrement à l'accès aux soins des plus âgés en Ile-de-France, et la santé bucco-dentaire était une de ses préoccupations, pour l'accès aux soins.

La santé bucco-dentaire, comme président de l'association française des hémophiles m'intéresse tout particulièrement, comme la santé orale dans le domaine des maladies hémorragiques rares.

Pour le CISS, ce qui nous tient à coeur, c'est d'abord l'enjeu de la prévention des personnes présentant des pathologies particulièrement lourdes. Ils ont tendance à ne pas faire attention à leurs dents, et les associations membres de ces collectifs ne sont pas assez attentifs à cette question. Nous souhaitons la changer et travailler avec vous pour développer des actions de prévention auprès de ces populations particulièrement vulnérables. Il y a aussi cette notion de renoncement aux soins.

Notre intérêt sur les dents, d'avoir une bonne santé bucco-dentaire, c'est l'estime de soi, c'est la douleur, les effets sur la santé en général, cette prise de conscience sur tous ces points nous devons les travailler ensemble notamment en direction des personnes dépendantes, âgées ou en situation de handicap.

On a identifié, comme vous, la surconsommation de sucres.

On se pose aussi la question de la prévention sur le long terme, notamment pour les patients présentant des maladies chroniques.

Il y a des travaux à mener sur les parcours de santé avec les médecins et les malades. Nous avons tous une responsabilité pour y travailler.

Il ya aussi dans le rapport de 2010, le besoin exprimé de formations tant pour les équipes que pour les aidants. Il y a encore le dépistage nécessaire et souvent trop tardif.

Sur la ligne Infodroit, le point qui revient c'est le renoncement aux soins, comme le refus de soins, notamment pour les patients Hépatite C ou

séropositifs, ou encore hémophiles.

Cette situation doit évoluer. Une étude montre qu'un tiers des patients n'ayant pas la CMU ou qui sont au niveau du seuil, renoncent aux soins dentaires mêmes conservateurs. Ceci malgré parfois des dispositifs facilitant leur intégration. Nous avons donc une responsabilité de mieux les faire connaître.

Il ya donc un enjeu de communication et de formation auprès des associations de malades.

Le CISS est particulièrement sensible aux soins conservateurs, avec une revalorisation de la rémunération des actes.

Je suis venu avec cette volonté de vous dire que nous sommes conscients de ces enjeux. Notamment sur la nécessaire transparence sur les tarifs, et en discuter avec vous, et travailler avec vous sur la prévention. Il nous faut donc mieux nous connaître et travailler ensemble à tous ces sujets là.

Merci !



---

# COMMUNICATIONS

---



Modératrice :  
**DR CAROLINE DELFOSSE**

# EDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE : UN NOUVEL ENJEU DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA CARIE PRÉCOCE DU JEUNE ENFANT



## THOMAS MARQUILLIER

*Odontologie Pédiatrique – CHRU Lille, Université Lille 2, Laboratoire Educations & Pratiques de Santé (LEPS EA3412), Université Paris XIII*

Merci Madame la Présidente de me donner la parole.

Mesdames, Messieurs, je vais maintenant vous parler d'Education Thérapeutique du Patient comme nouvel enjeu dans la prise en charge de l'enfant porteur de caries précoces.

Depuis une vingtaine d'années maintenant, le terme de carie précoce du jeune enfant (ou Early Childhood Caries pour les anglo-saxons) a fait son apparition pour mettre en évidence les facteurs qui contribuent au développement des caries dentaires chez les jeunes enfants. Cette atteinte est définie par la présence d'au moins une dent cariée, de dents absentes ou obturées chez un enfant âgé de 6 ans ou moins. On parlera d'atteinte sévère si les surfaces lisses des dents sont touchées chez un enfant de moins de 3 ans.

Sur le plan international, la prévalence de cette pathologie s'étend de 3 à 74% selon qu'on parle d'atteinte sévère ou non sévère et selon les pays. En France, selon Droz et al., la prévalence de la carie précoce est de 37,5% pour la forme non sévère et de 11% pour la forme sévère.

La carie précoce de l'enfant représente une des maladies chroniques les plus courantes chez les enfants d'âge préscolaire de manière un peu plus général.

Selon Fisher-Owens, de nombreux facteurs interagissent sur la santé orale de l'enfant et de manière assez complexe (Figure 1). Les facteurs associés à la carie précoce sont étudiés depuis plusieurs années maintenant et ils ont été classés en 4 catégories:

- On a d'abord les facteurs liés à l'environnement, comme le surpoids ou l'expérience maternelle de la carie dentaire

- On a ensuite les facteurs liés aux paramètres socio-culturels comme un faible niveau socio-économique ou une mère seule et qui travaille,
- Puis les facteurs liés aux comportements à risque comme les ingestions sucrées répétées,
- Enfin le recours aux soins dentaires qui est insuffisant.

La carie précoce du jeune enfant semble donc être une maladie évitable étant donné qu'on en connaît les facteurs associés.

Les stratégies de prévention de cette maladie qui ont vu le jour sont de plusieurs ordres:

Nous avons les stratégies individuelles : les conseils d'hygiène alimentaire, d'hygiène bucco-dentaire et les actes de prophylaxie.

Et à côté nous avons les stratégies collectives : ce sont principalement les programmes de prévention, les mesures collectives comme l'instauration du sel fluoré dans les cantines par exemple.

L'OMS, quant à elle, distingue trois types de prévention : primaire, secondaire et tertiaire (nous ne parlerons pas ici de la prévention quaternaire).

- La prévention primaire, avec par exemple la promotion de la santé, vise à éviter l'apparition de la maladie,
- En prévention secondaire, l'éducation pour la santé entres autres, vise à éviter l'aggravation de la maladie.
- La prévention tertiaire consistera quant à elle à éviter la récurrence de la maladie ; c'est en prévention tertiaire que l'ETP se place pour la prise en charge des enfants porteurs de caries précoces.



On peut donc constater que ces multiples stratégies de prévention ont permis de diminuer de manière significative l'indice carieux chez l'enfant.

Mais, par ailleurs, on constate aussi que les méthodes habituelles de prévention n'atteignent pas certaines populations qui sont plus susceptibles de développer la maladie carieuse, et chez ces dernières la pathologie continue d'évoluer. Les écarts se creusent et contribuent à augmenter les inégalités sociales de santé.

Il semble donc intéressant de développer de nouvelles stratégies de prévention.

Cette nouvelle stratégie dont je vais vous parler, c'est l'Education Thérapeutique du patient (ETP). L'ETP vise à rendre le patient compétent, afin de lui permettre de mieux vivre avec sa maladie chronique et de gérer ses traitements. L'ETP tente d'approcher le patient dans sa globalité afin de prendre en compte tous les déterminants (biologiques, psychologiques, sociaux...).

L'ETP est apparue il y a maintenant quelques années en médecine bucco-dentaire et plus particulièrement en odontologie pédiatrique comme solution potentielle pour éviter que la pathologie carieuse ne continue d'évoluer (ou ne récidive après un traitement) ,.

En France l'ETP prend forme par le biais de programmes soumis à une autorisation par l'ARS. On en dénombre environ 4 000 mais aucun en odontologie.

Il semble donc légitime de se demander pourquoi il n'existe pas de programme alors que le besoin semble important, et plus précisément quels sont les freins et les leviers à la mise en place de ces programmes autorisés en odontologie ?

Pour cela une étude qualitative exploratoire compréhensive a été menée entre novembre 2015 et juin 2016.

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés sur un échantillon ciblé stratifié de 15 personnes sensibilisées à la problématique du développement de l'ETP en odontologie.

Une analyse thématique par démarche de thématisation continue a été réalisée afin de comprendre de tenter de répondre à cette problématique.

Concernant les résultats, les intérêts de développer un programme dans le but d'une autorisation sont multiples.

Il permet tout d'abord une structuration qui n'existe pas dans les activités éducatives qui semblent éparées. De ce fait le suivi est plus régulier et l'évaluation plus conséquente.

Un programme autorisé permettrait d'augmenter la qualité et l'efficacité de l'activité éducative. Mais surtout l'autorisation est souvent synonyme de reconnaissance et donc de légitimité. Enfin l'autorisation est une porte d'entrée pour l'obtention de ressources qui pourrait permettre de pérenniser l'activité.

Des freins au développement de programmes autorisés existent cependant, et soyons honnête, ils sont nombreux.

D'abord concernant la profession elle-même : les chirurgiens-dentistes manquent de connaissance et confondent Education Thérapeutique du Patient, éducation pour la santé, promotion de la santé... ils sont en majorité libéraux et semblent travailler seuls, dans leur coin, ce qui contribue à donner l'image de praticiens coupés du monde médical qui les entoure. Concernant les moyens : ils manquent, cela concerne aussi bien les ressources financières que le temps ou les ressources humaines insuffisamment formées. L'évaluation représente un frein supplémentaire, dans le sens où l'on manque de visibilité à long terme. La législation aussi est perçue comme un obstacle rigide et qui ne cesse de croître.

Tout ceci contribue à donner une place à l'ETP en odontologie : d'une part les maladies buccales ne sont pas perçues par les profanes (et aussi certains praticiens) comme des maladies chroniques (et on pourrait même dire qu'elles sont plutôt vues comme des affections ponctuelles et curatives plutôt que des maladies).

Il semble donc difficile de rattacher ce concept d'éducation thérapeutique actuellement à la médecine bucco-dentaire.

D'autre part l'absence de financement fait que les chirurgiens-dentistes sont peu enclins à développer (tout comme les autres stratégies de prévention).

On a vu que les freins sont nombreux, mais il existe également des leviers.

Le premier consisterait à développer des moyens, en particulier financiers. Par ailleurs, la profession doit être mieux formée à l'éducation du patient de manière générale, pour prendre conscience des besoins et ainsi la mettre en œuvre. Enfin il convient d'adapter le cadre à une profession essentiellement libérale, c'est-à-dire valoriser la prévention et l'éducation en cabinet.

Ce travail nous permet de faire des propositions pour développer des programmes d'ETP en médecine bucco-dentaire en France.

- Il faudrait d'abord modifier la réglementation des études odontologiques pour y intégrer un enseignement structuré et complet de l'éducation du patient,
- Ensuite, intégrer la médecine bucco-dentaire dans la prise en charge globale du patient, comme spécialité médico-chirurgicale à part entière,

- Développer la profession d'hygiéniste dentaire (ou éducateur en santé orale ?), ou augmenter le référentiel de compétences des assistantes dentaires semble être une possibilité intéressante,
- Il semble essentiel d'améliorer l'interdisciplinarité et la collaboration avec d'autres professionnels (médicaux, paramédicaux, sociaux et associatifs),
- On pourrait également penser à développer des postes de coordinateurs régionaux d'ETP en odontologie pour promouvoir l'essor de programmes et accompagner les investigateurs dans leur mise en œuvre,
- Enfin la dernière mesure consisterait à intégrer l'éducation aux soins (avec le concept de « soin éducatif ») et à la valoriser financièrement.

Mesdames, messieurs, merci de votre attention.

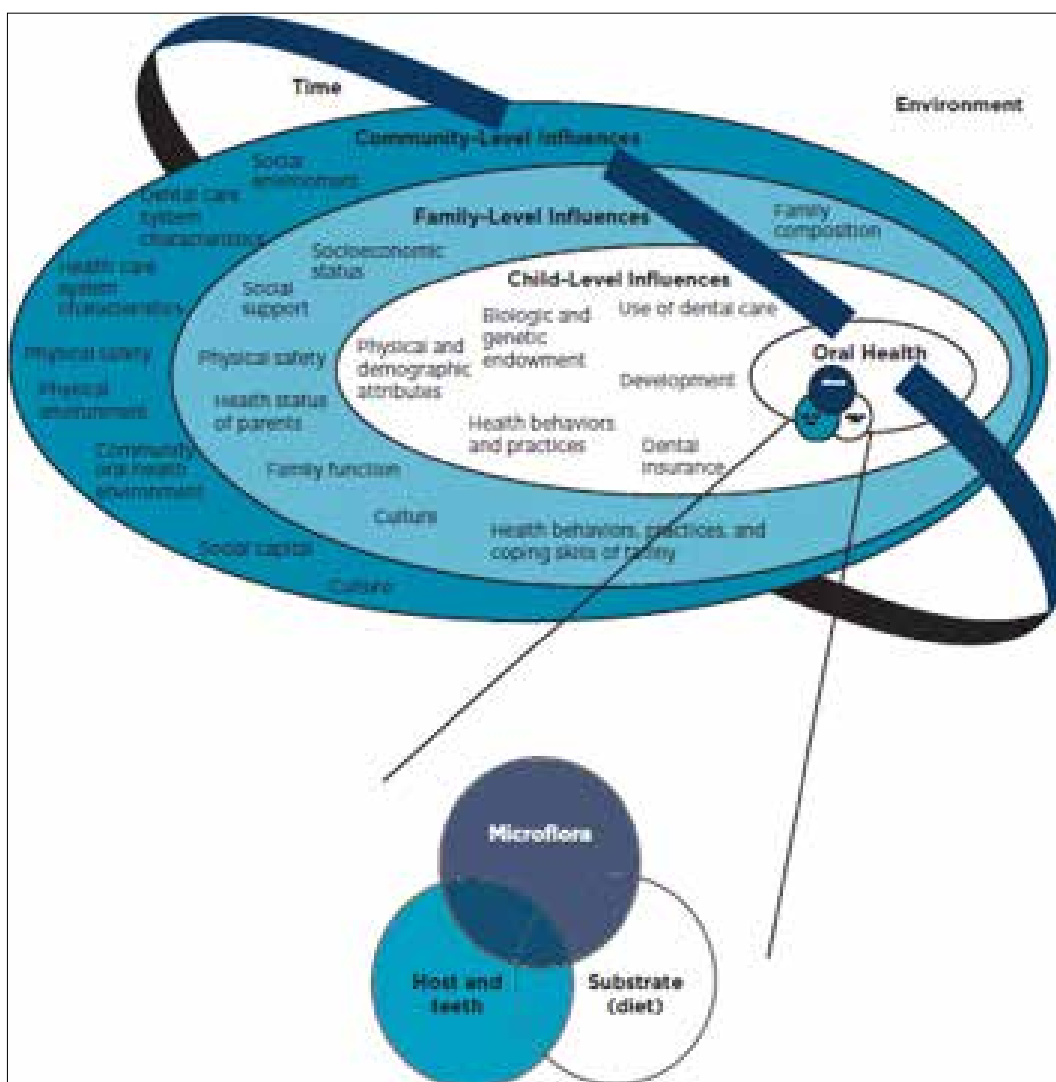


Figure 1

# EVALUATION INTERNE DU RÉSEAU « SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET HANDICAP RHÔNE-ALPES »



## DR CAROLINE GONDLACH

UFR d'Odontologie, Université de Clermont-Ferrand

Le réseau SBDH-RA a vu le jour en 2003. Sa mission est d'améliorer et de coordonner l'offre de soins et de prévention bucco-dentaire des personnes en situation de handicap de la région Rhône-Alpes.

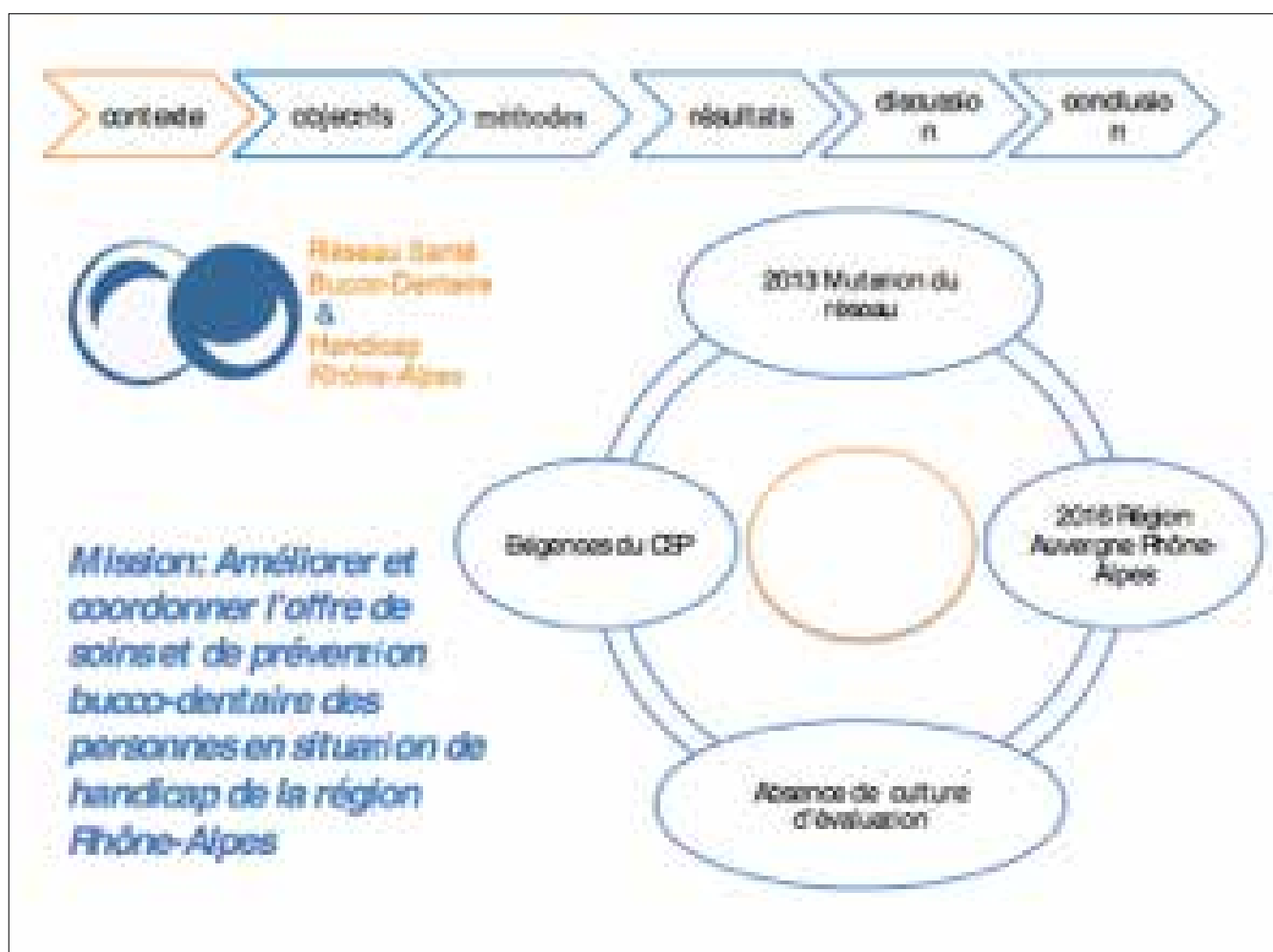
Depuis 2013, le réseau est en pleine mutation suite à l'intégration de tous les territoires de santé de la région Rhône-Alpes au réseau initial.

3 ans plus tard, la grande région Auvergne-Rhône-Alpes voit le jour en janvier 2016 et avec elle l'union potentielle de 2 systèmes de prise en charge des patients différents.

Les notions de réseau et d'évaluation sont intimement liées. Hors cette culture d'évaluation n'est pas pleinement développée au sein du réseau en pleine mutation.

Contrairement aux exigences du code de la santé publique, le réseau n'a jamais été soumis à une évaluation interne complète ou externe.

Dans ce contexte, une évaluation interne du réseau a paru nécessaire à ses gestionnaires tous animés par la volonté d'inscrire le réseau dans un cycle d'amélioration continue.



Pour atteindre l'objectif principal il a fallu établir un cahier des charges et construire un outil pour l'évaluation interne d'un réseau de soins bucco-dentaire en s'appuyant sur le fonctionnement du réseau SBDH-RA.

Pour atteindre les objectifs secondaires il a fallu:

- Construire un questionnaire de satisfaction à destination des usagers et des professionnels d'un réseau de soins bucco-dentaires
- Enquêter la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau SBDH-RA.



Pour l'évaluation du fonctionnement du réseau, le référentiel retenu a été la grille d'auto-évaluation des réseaux de santé publiée en 2015 par la Haute Autorité de Santé

La grille d'autoévaluation est structurée en 3 axes et 21 dimensions qui traduisent la capacité à priori du réseau à délivrer des soins de qualité.

L'axe 1 est centré sur la prise en charge du patient, l'axe 2 est centré sur le projet du réseau et l'axe 3 est centré sur le fonctionnement des structures d'appui.

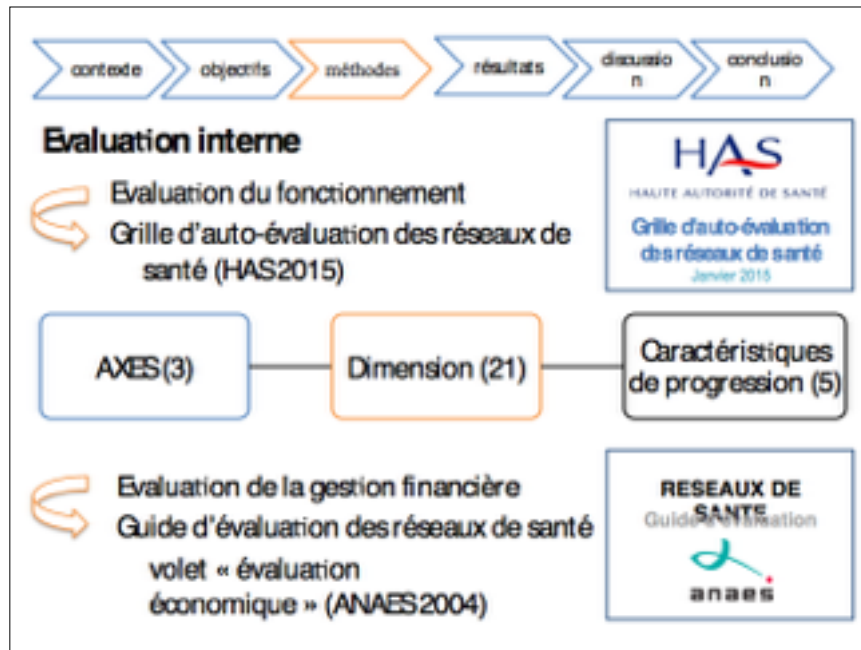
Chaque axe est composé de plusieurs dimensions (9 pour l'axe 1, 8 pour l'axe 2 et 4 pour l'axe 3) et chaque dimension comprend 5 caractéristiques de progression.

- Dans un premier temps, les 21 dimensions des 3 axes ont été analysées et les non pertinentes écartées.

- Dans un second temps, pour chaque dimension retenue, les caractéristiques de progression ont été discutées, reformulées ou explicitées si nécessaire.
- Les objectifs et les moyens mis en œuvre par le réseau ont été systématiquement renseignés.

Le groupe de travail a ainsi adapté l'outil proposé à la réalité du réseau SBDH-RA.

Pour l'évaluation de la gestion financière, le référentiel retenu a été le volet « évaluation économique » du guide d'évaluation des réseaux de santé publié en 2004 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé l'ANAES.



Il s'agissait d'enquêtes transversales descriptives de la satisfaction.

L'échantillon d'utilisateurs a été constitué des six derniers patients du réseau se présentant à chaque centre de santé orale au mois de mars 2016. Les utilisateurs eux-mêmes et/ou leurs aidants familiaux et professionnels, à condition qu'ils aient une bonne connaissance du patient, pouvaient répondre au questionnaire de satisfaction.

Questions sur la forme et la faisabilité

Le questionnaire présentait 6 chapitres structurés selon le « parcours » de l'utilisateur.

Questions fermées: la personne interrogée exprimait son degré d'accord ou de désaccord (4 niveaux) vis-à-vis de l'énoncé avec la possibilité d'une case « Je ne suis pas concerné » et d'une case « Je ne sais pas ».

Questions ouvertes

Enquête par courrier.

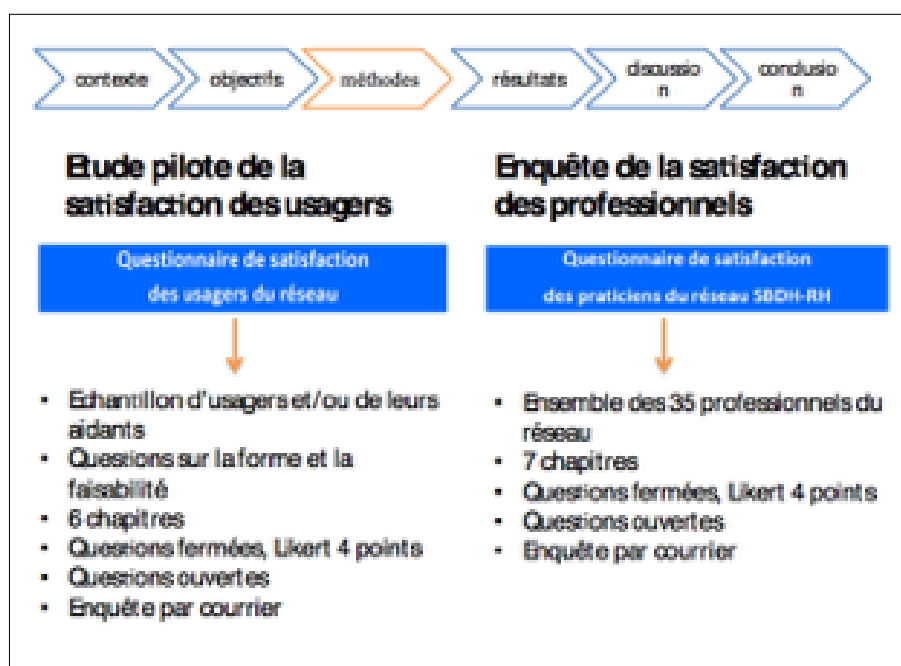
L'enquête a été menée auprès des 35 praticiens actifs du réseau SBDH-RA.

Le questionnaire comportait 7 rubriques structurées de « comment le praticien a su que le réseau existait » jusqu'au moment où « le praticien travaille pour le réseau »

Comme pour les utilisateurs, on retrouve 4 niveaux d'accord ou de désaccord et une case « Je ne sais pas » pour les questions fermées.

Questions ouvertes plus nombreuses que pour les utilisateurs

Enquête par courrier.



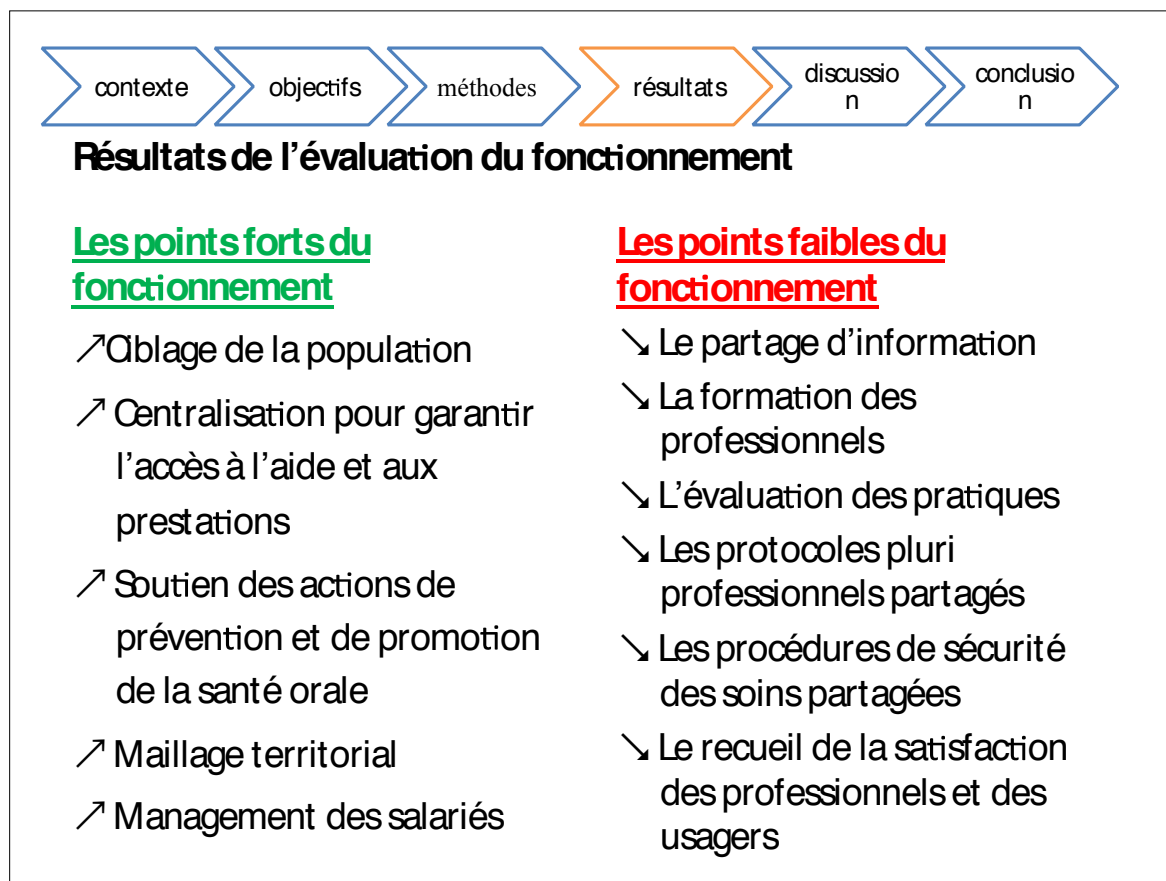
L'auto-évaluation a donné les résultats suivants:

Les atouts du réseau sont:

- Un bon repérage de la population éligible
- Une centralisation des demandes auprès du coordonnateur régional garantissant ainsi un bon accès à l'aide et aux prestations
- Le recours à plusieurs associations de la région pour les actions de prévention et de promotion de la santé
- Une possibilité de prise en charge sur tous les territoires de santé
- Une équipe salariée du réseau bien encadrée et managée
- Les difficultés du réseau sont:
- Le partage d'informations intra et extra réseau

- La formation des professionnels du réseau
- La mise en place de protocoles pluri professionnels partagés et l'évaluation des pratiques
- L'absence de procédure de sécurité partagée (elles existent au sein de chaque unité mais pas d'organisation « réseau »)
- Le recueil de la parole des usagers et des professionnels

De ces points faibles est issu le plan d'action d'amélioration.

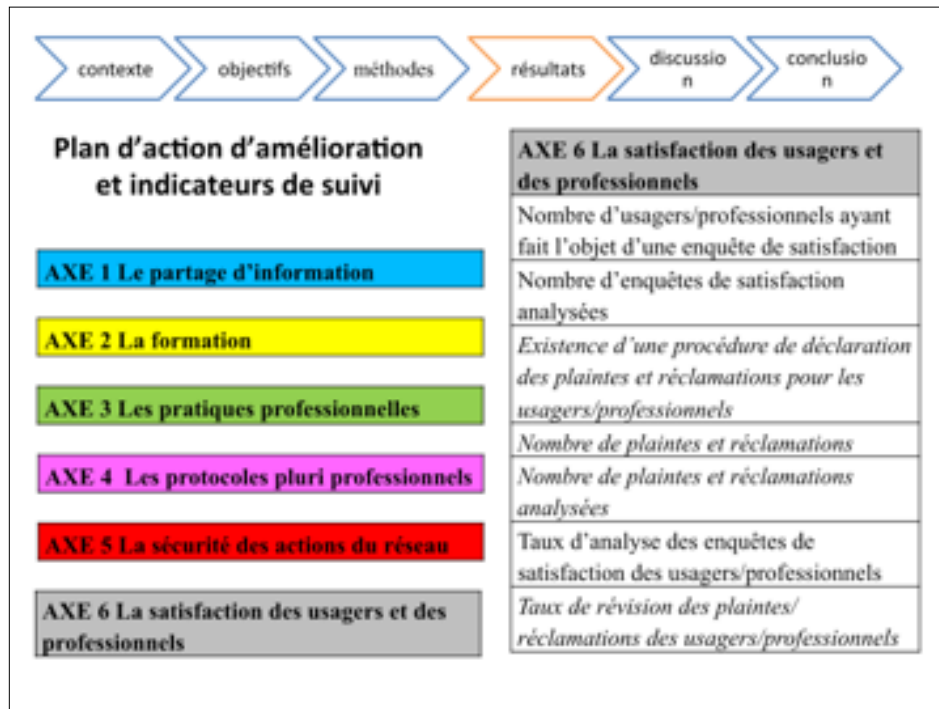


Les 6 axes du plan d'action d'amélioration proposé correspondent aux 6 points faibles du réseau. Ce plan d'action doit s'envisager sur plusieurs années avec la mise en place progressive des actions d'amélioration et de leur suivi. Ce plan d'action est accompagné d'indicateurs permettant son suivi.

A titre d'exemple, seul l'axe 6 « satisfaction des usagers et des professionnels » est détaillé.

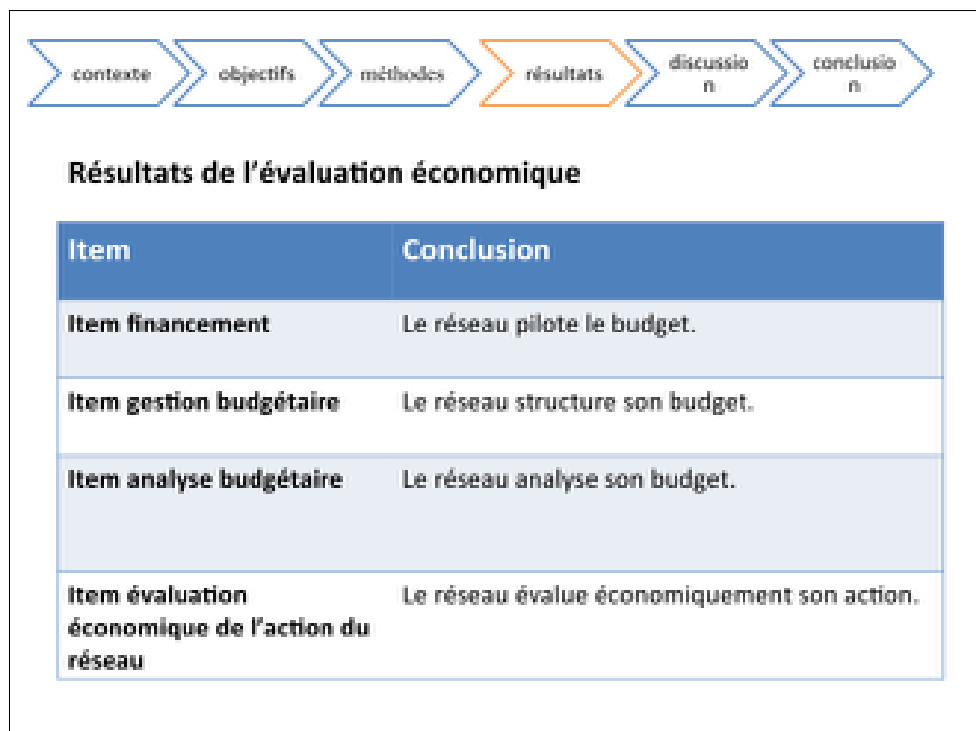
On note que 3 indicateurs concernant les enquêtes de satisfaction pourront être renseignés dès à présent.

Les 4 autres concernant les plaintes et réclamation ne seront à envisager que dans quelques années quand la mise en place du recueil et l'analyse des plaintes et réclamation sera opérationnelle.



Les résultats de l'évaluation économique ont démontrés que le réseau pilote, structure et analyse son budget. Il évalue économiquement son action en rapportant le coût de la prise en charge par patient qui est de 501€ par patient.

Par contre une véritable évaluation médico-économique n'était pas envisagée au moment de l'évaluation interne.



La confrontation des résultats des enquêtes de satisfaction des usagers et des professionnels / résultats de l'auto-évaluation a permis de corroborer globalement toutes les faiblesses du réseau et d'atténuer certains points forts.

Ciblage de la population

Usagers: critères d'exclusion/pathologies (psychiatrie, handicap moteur seul, phobie) trop restrictifs

Usagers: critères d'exclusion/certains types de soins à priori pas très bien connus des usagers et discutés par les praticiens « pas raisonnables ».

Usagers: repérage est pondéré par les propos des usagers.

Praticiens visibilité non attractivité non.

Accès aux soins et aux prestations

Usagers: le réseau n'est pas identifié comme pouvant les aider en cas de difficultés d'accompagnement, de transport

Chirurgiens-dentistes et usagers mitigés sur la capacité du réseau à gérer les urgences et les situations complexes.

Soutien des actions de prévention et de promotion de la santé

Maillage et interactions avec le réseau

Usagers: une moitié seulement satisfaite de la proximité des structures et des délais d'attente.

Praticiens: peu de rencontres.



Malgré les précautions prises lors de l'évaluation interne, on est en droit de se poser les questions suivantes:

Référentiel de la HAS:

L'auto-évaluation contrainte par l'utilisation du référentiel de départ, à savoir la grille d'auto-évaluation de la HAS.

Il s'agissait de l'outil le plus récent mais peut-être pas le plus adapté à un réseau de soins bucco-dentaires à destination des personnes en situation de handicap, activité très spécifique.

Cette grille semble être davantage construite pour l'auto-évaluation des réseaux proposant la coordination du parcours de santé des patients avec des pathologies systémiques (par exemple le diabète) ou génétiques (par exemple la trisomie 21). Les items font référence au travail pluridisciplinaire et à l'organisation du parcours de soins. Le réseau SBDH-RA est un réseau qui ne traite que du domaine des soins et de la prévention bucco-dentaires et qui de plus est prestataire de soins.

5 dimensions retirées lors de l'adaptation de l'outil par manque de correspondance avec le fonctionnement du réseau SBDH-RA.

Par ailleurs, le groupe de travail ne possédait aucun point de comparaison dans la littérature internationale ni nationale avec cet outil.

Les décisions prises à propos des modifications, bien que collégiales, sont donc issues d'un petit groupe d'individus. Cependant, pour atténuer ce biais, la personne en charge de cette évaluation interne a toujours travaillé avec des membres extérieurs au réseau. La réflexion a donc été enrichie par des avis différents et impartiaux à propos du fonctionnement et de la gestion du réseau.

D'autres limites se sont posées pour la mesure de la satisfaction des usagers et des professionnels. Il a été constaté un manque d'outils préexistants, ainsi qu'un manque de littérature sur les attentes de ces deux groupes dans le cadre d'un réseau de soins.



Ces études n'ont pas été menées par contrainte de temps. Cependant, les questionnaires ont été rédigés en comité et ont été soumis à des experts extérieurs avant utilisation.

L'étude portant sur la satisfaction des usagers présentée, est une étude pilote, auprès d'un échantillon restreint d'usagers. Les résultats donnent un premier aperçu des préoccupations des usagers et leur relation avec le réseau. Les réponses permettront l'amélioration de l'outil, en particulier l'identification des items les plus pertinents dans l'objectif de réduire la longueur du questionnaire. Ce travail diminuera la pénibilité de remplissage et améliorera potentiellement le taux de réponse. Cette version pourra ensuite être administrée à l'ensemble de la file active du réseau. Un grand effectif permettrait une analyse de corrélation pour éviter les redondances et la vérification des qualités métrologiques (sensibilité, validité et fidélité). Une analyse en sous-groupe permettrait en plus de vérifier si la satisfaction des usagers est en fonction d'un profil donné du patient (âge, type de pathologie, etc.).

Comme pour tout questionnaire, l'innocuité, le faible coût et la rapidité de passation devront être pris en compte.

En ce qui concerne le questionnaire des praticiens, le nombre de sujets potentiels était restreint : les chirurgiens-dentistes du réseau SBDH-RA sont 35 au total. Malgré une bonne participation de ces derniers (taux 74%), l'effectif est insuffisant pour une utilisation analytique des données recueillies. Par contre ce travail pourrait être la base de construction d'une évaluation qualitative, ciblant les préoccupations majeures des acteurs et permettant une investigation plus poussée de leurs attentes. A noter que le réseau SBDH-RA compte aussi des anesthésistes comme acteurs et il reste à les interroger également sur leur expérience.



**L'objectif principal de l'évaluation interne du réseau SBDH-RA « vérifier le fonctionnement et la gestion financière » a été atteint.**

**Cette évaluation a permis d'identifier six axes d'amélioration, d'établir un plan d'action ancré sur 3 ans et de rédiger un tableau de bord pour son suivi.**

#### Discussion sur la méthodologie

- **Choix du référentiel de la HAS et son adaptation**
- **Etudes qualitatives préliminaires avant la construction des questionnaires**
- **Etude pilote de la satisfaction des usagers**
- **Etude de la satisfaction des professionnels**

Pour une vision plus globale, les forces et faiblesses internes au réseau ainsi que les leviers et des freins externes au réseau ont été placés dans une grille d'analyse stratégique.

Un mot sur les facteurs les facteurs extrinsèques qui menacent ou au contraire porte le réseau:

Le réseau, de par sa population et son thème, est porté par les valeurs défendues actuellement: la prise en charge des personnes en situation de handicap est une priorité nationale depuis la loi de 2005, la santé bucco-dentaire, peu visible habituellement, bénéficie de la vitrine de l'OMS.

Le développement du réseau est contraint par le cadre juridique et législatif du système de santé et de rémunération des chirurgiens-dentistes (règles de la CCAM, libéral et vacations).

Le réseau est dans l'attente des décisions de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes suite à la fusion des régions. Il souhaite s'inscrire dans un cycle d'amélioration continue de la qualité de ses services en ignorant les évolutions souhaitées par les décideurs à court terme.



Au niveau du réseau:

En octobre 2016 par le conseil d'administration nouvellement élu.

- d'organiser l'accompagnement du plan d'amélioration,
- de mettre en place un comité de suivi et des indicateurs.
- de communiquer sur cette évaluation interne
- de fixer l'objectif d'une future évaluation externe.

Au niveau régional: Le travail d'évaluation présenté ici permet d'appréhender les forces et faiblesses du réseau SBDH-RA. Cependant, d'autres évaluations des systèmes et de l'accès aux soins devraient être entreprises à l'échelle de la région pour pouvoir étayer les décisions futures.

Les autorités de santé sont seules en mesure de décider comment sera géré l'accès aux soins bucco-dentaires pour les personnes en situation de handicap au sein de la grande région Auvergne-Rhône-Alpes.

Au niveau national: il existe une dizaine de réseaux de soins bucco-dentaires pour les patients en situation de handicap en France.

Le travail d'adaptation de l'outil de la HAS aux caractéristiques d'un réseau de soins bucco-dentaires pour patients à besoins spécifiques pourrait permettre aux autres équipes d'évaluer leurs propres réseaux.

Les questionnaires de satisfaction des usagers et des professionnels pourraient aussi être diffusés à tous les réseaux intéressés à condition de vérifier leur pertinence face aux différences de fonctionnement.

Pour la promotion et la diffusion de ces outils, on pourrait envisager différents supports comme

- la publication, colloques
- le rôle de l'association nationale Santé Orale et Soins Spécifiques (SOSS), rôle de support

- Nous pourrions imaginer que la HAS, ayant eu vent de cet outil, en fasse sa promotion. Charge à nous de tester cette grille d'auto-évaluation sur l'ensemble des réseaux du territoire et de la perfectionner.

Merci de votre attention!

## ETUDE PORTANT SUR LA PRÉVENTION EN PÉRINATALITÉ



### DR SAHAR MOUSSA-BADRAN

*UFR d'Odontologie, Université de Reims*

La grossesse entraîne de nombreux bouleversements psychologiques et physiologiques, avec des répercussions bucco-dentaires que le chirurgien dentiste devra prendre en charge plus spécifiquement. La sensibilité de la femme enceinte est exacerbée pendant cette période et sa réceptivité au discours de prévention également.

L'objectif de l'étude était d'évaluer le suivi bucco-dentaire pendant la grossesse et après la grossesse, et en particulier au niveau de l'information dispensée aux patientes par les professionnels de la périnatalité.

Un questionnaire a été distribué aux femmes enceintes et jeunes mamans fréquentant un cabinet de généraliste, un cabinet de gynécologue, un cabinet de sage femme et un cabinet de pédiatre. La population concernée était les femmes com- prenant et écrivant correctement le français.

Cette étude s'est étendue du 1er janvier au 28 février 2014 sous forme de questionnaires distribués aux patientes lors de leur consultation chez différents praticiens acteurs de la périnatalité.

Il a été distribué dans les différents points d'étude 402 questionnaires, et 317 questionnaires sont revenus, donnant un taux de participation de 79,25 % plutôt élevé.

Lors de la distribution des questionnaires, beaucoup de femmes enceintes et de jeunes mères semblaient intéressées et souhaitaient en discuter avec un professionnel de la périnatalité.

**QUESTIONNAIRE**

Généralités

1. Quel âge avez vous ? \_\_\_\_\_
2. Est ce votre première grossesse ?  Oui  Non  
si non, combien d'enfants avez vous ? \_\_\_\_\_
3. Quelle est votre profession?  
 Sans emploi  
 profession interimaire  
 salariée, ouvrière, vendeuse  
 profession libérale ( médecin, artisan, commerçant...)
4. Quand etes vous allée chez un dentiste la dernière fois ?  
 Moins de 6 mois  Moins d'1 an  plus d'1 an  uniquement en cas de douleur
5. Allez vous régulièrement chez le dentiste ?  Oui  Non  
si oui , a quelle fréquence :  1 fois par an  2 fois par an  de 2 fois par an
6. Vous ne consultez pas chez le dentiste car :  
 vous avez peur d'avoir mal  
 trop cher  
 accessibilité  
 délai d'attente trop long  
 oubli  
 vous n'en voyez pas l'utilité
7. En moyenne, vous vous brossez les dents :  
 1 fois par jour  2 fois par jour  3 fois par jour  moins d'1 fois
8. Savez vous qu'il existe une consultation dentaire au 4<sup>ème</sup> mois ?  
 Oui  Non

**FEMMES ENCEINTES**

9. Avez vous eu des problèmes dentaires au cours de votre grossesse ?  
 Aucun  Carie  Abscès  gencives qui saignent, gingivite  aphte  rage de dents
10. Allez vous allaiter au sein ?  Oui  Non  
Si oui, pour quel motif :  conseil d'un praticien  choix personnel  plus pratique  
 pour une meilleure croissance de votre enfant  choix économique
11. Aimeriez vous avoir plus d'information sur l'hygiène dentaire que vous devriez tenir pendant votre grossesse ?  
 Oui  Non
12. Vous a t on recommandé de consulter un dentiste au cours de votre grossesse ?  
 Oui  Non  
si oui, qui est ce ?  Sage femme  gynécologue  médecin  famille, amis

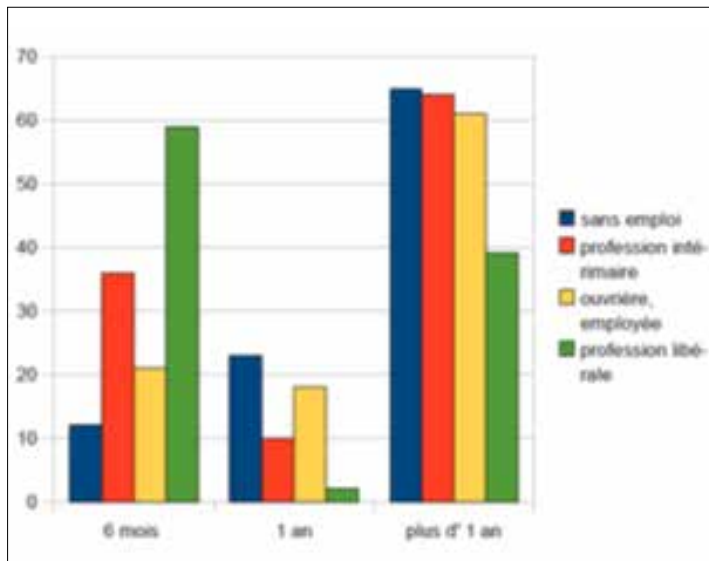
**JEUNES MAMANS**

13. Aimeriez vous avoir plus de conseils sur l'éducation dentaire à donner de votre enfant ?  
 Oui  Non
14. Votre enfant suce t il  son pouce  une tétine autre : \_\_\_\_\_
15. Savez vous l'influence de la succion sur le développement de l'occlusion dentaire ?  
 Oui  Non
16. Quel type de boisson mettez vous dans le biberon de votre enfant ?  
 Eau  Sirop  Soda  lait  
-si oui, savez vous l'incidence sur les dents de votre enfant?  Oui  Non
17. avez vous quand faire consulter pour la première fois votre enfant chez un dentiste ?  
 Oui  Non
18. Connaissez vous le dispositif de prévention MT dents ?  
 Oui  Non

<b>Age moyen</b>		28, 3
<b>Nombre de grossesse moyen</b>		1,2
<b>Catégorie socio professionnelle</b>	Sans emploi	100
	Profession interimaire	45
	Employée, ouvrière	94
	Profession libérale, cadre	78
<b>Consultation régulière chez le dentiste</b>	2 fois par an	41
	1 fois par an	24
	Plus d' 1 an	<b>187</b>
	Uniquement en cas de douleur	<b>65</b>
<b>Motif de non consultation</b>	peur d'avoir mal	197
	trop cher	149
	accessibilité	60
	délai d'attente trop long	46
	oubli	15
	pas d'utilité	22
<b>Brossage des dents</b>	1 fois par jour	111
	2 fois par jour	145
	3 fois par jour	47
	moins d'1 fois par jour	14
<b>Connaissance d'une consultation dentaire 4<sup>ème</sup> mois grossesse</b>	oui	98

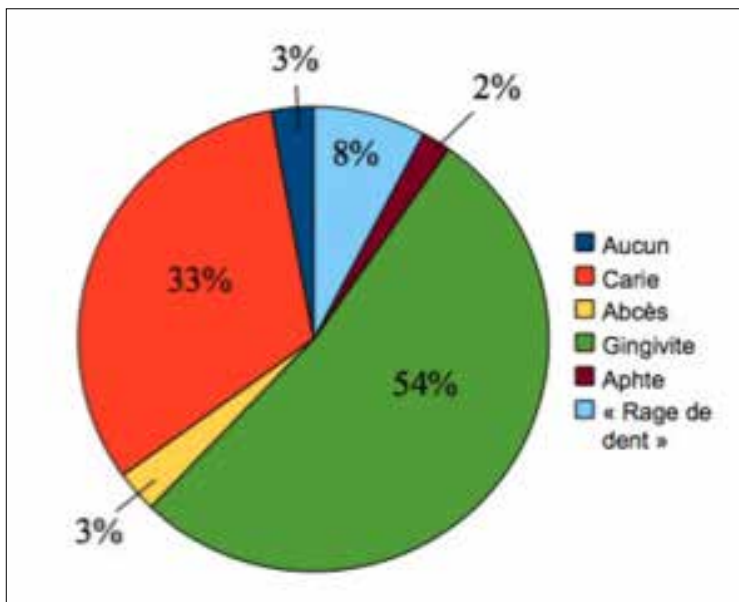
Caractéristique de la population étudiée : Le taux des jeunes mères et femmes enceintes n'ayant pas consulté de chirurgien dentiste depuis plus de

un an est de 58,9%, et 20,5% ayant uniquement consulté en cas de douleur.



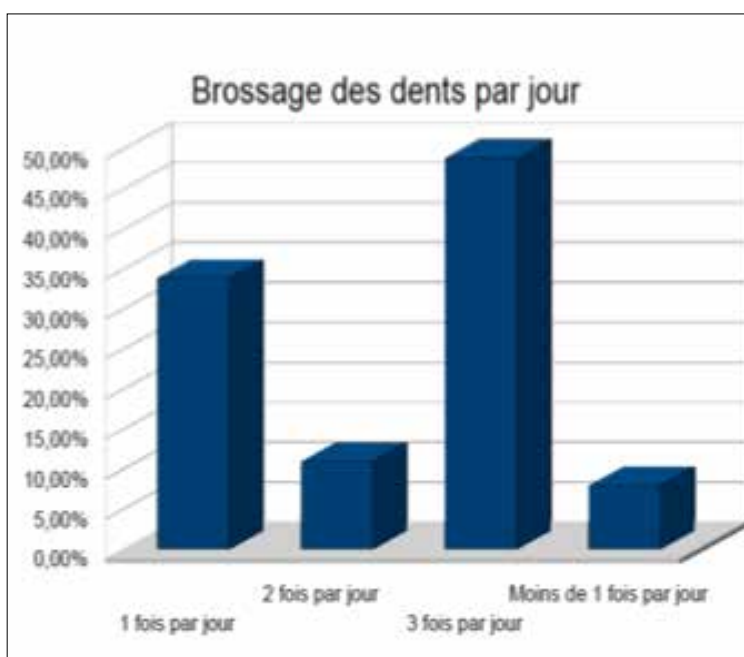
**Diagramme de recours aux soins en fonction de la catégorie socioprofessionnelle :**

Taux de recours au chirurgien dentiste moins d'1 fois par an dans la catégorie socio professionnelle libérale de 59%, et le taux diminue dans la catégorie sans emploi à 12%.



**Diagramme des pathologies bucco-dentaire chez la femme enceinte :**

La majorité des pathologies bucco dentaires chez la femme enceinte est la gingivite (54%).

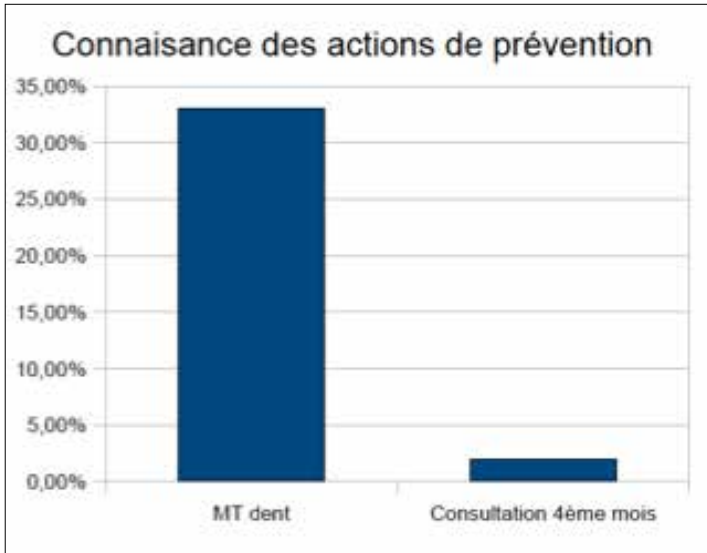


**Diagramme du nombre de brossage par jour :**

Seulement 11% se brossent les dents 2 fois par jour.

Dans 67% des cas, la jeune maman souhaiterait avoir des conseils sur l'hygiène bucco dentaire à donner à son jeune enfant

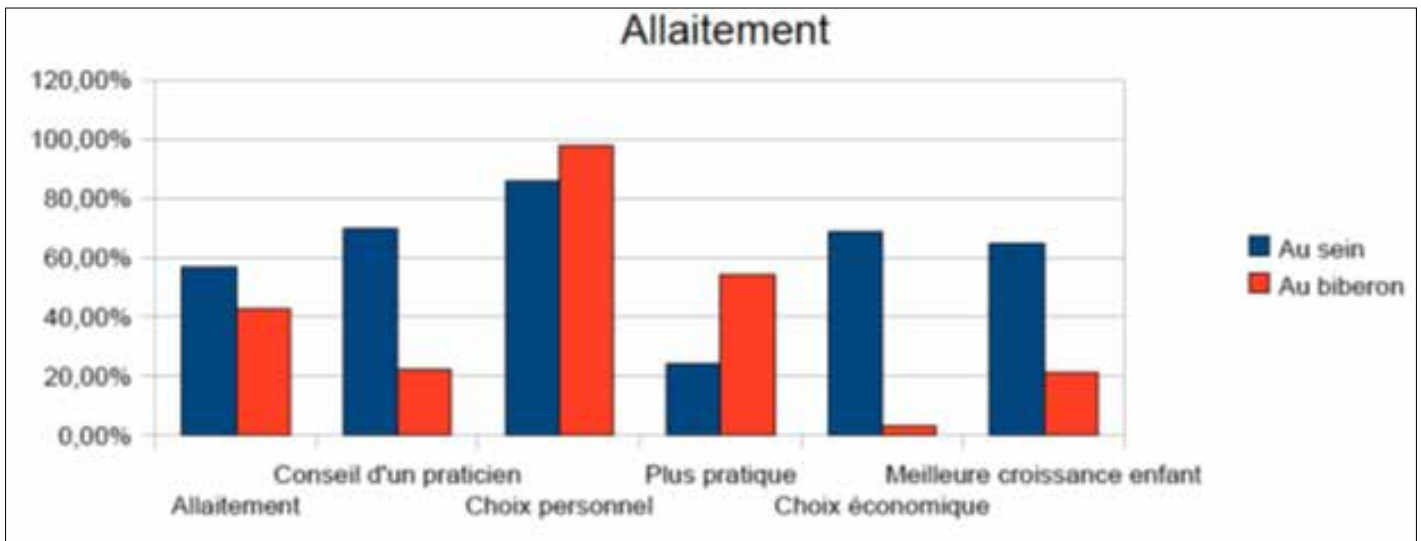
88% des jeunes maman ignorent la date à laquelle elles devraient faire consulter leur jeune enfant la première fois,



**Diagramme de connaissance du dispositif de prévention :**

La méconnaissance du programme MT dent, la consultation au 4ème mois de grossesse par 33% des patientes. Seulement 2% des patientes savent qu'il existe

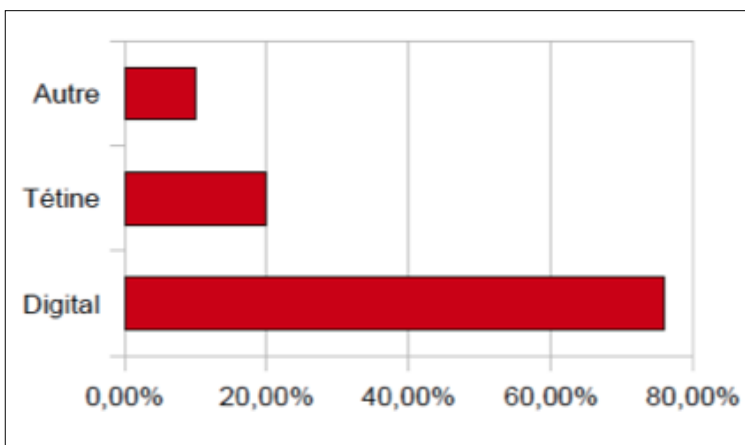
une consultation remboursée au 4ème mois de grossesse.



**Graphique des choix d'allaitement au sein ou au biberon :**

57% des femmes enceintes favoriseront l'allaitement maternel, 44% des patientes ignorent l'incidence du contenu des biberons sur les dents du jeune enfant.

Le contenu du biberon étant majoritairement constitué de lait et d'eau, mais on note aussi que 36% des patientes mettent du sirop dans le biberon et 15% des sodas.



**Graphique des différents types de succion :**

On remarque un taux de succion digital de 78% contre 20% pour la succion d'un tétine.

En conclusion, Les mesures actuelles mises en place ne semblent pas cibler suffisamment les classes défavorisées, les plus touchées par les pathologies bucco dentaires. Aussi, de nombreux points sont à améliorer en ce qui concerne

l'information sur la santé bucco dentaire donnée à la patiente par les professionnels de la périnatalité, la visite chez le chirurgien dentiste devrait figurer sur le carnet de suivi de

grossesse distribué par les C.P.A.M. ce qui constituerait un réel progrès vers une prise en charge collective de la patiente. Le dialogue

interdisciplinaire avec tous les acteurs de la périnatalité et les professionnels paramédicaux (crèche, assistante, ..) devrait être privilégié.

## ORGANISATION TERRITORIALE INNOVANTE POUR LES SOINS BUCCO-DENTAIRES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP, TOUT ÂGE ET TOUTES DÉFICIENCES



### DR SYLVIE ALBECKER

*Présidente de l'Association des chirurgiens-dentistes en charge du Réseau Handident Alsace*

C'est un réseau ville-hôpital localisé dans l'est de la France. Ville-Hôpital parce qu'il y a des praticiens libéraux qui travaillent avec nous. Il y a un service de soins logé dans une clinique privée.

Le recrutement de nos patients se fait sur la région Alsace, Bas-Rhin et Haut-Rhin, ainsi que de la Moselle.

39 praticiens libéraux travaillent dans ce réseau, ainsi que 57 établissements medico-sociaux avec lesquels on a établi un partenariat et la Faculté de chirurgie-dentaire, le Pr Manière, présidente de notre comité scientifique. Nous avons une file active de 2865, soit des personnes vues au moins une fois par an au sein du réseau, soit pour un dépistage, soit pour un dépistage et des soins. Nous faisons un dépistage systématique dans tous les établissements partenaires. On y a inclus les CAMSP (centre d'actions médicaux sociaux précoces). On forme aussi les personnels accompagnant. La formation des praticiens de ville, leur permet de se rencontrer et c'est aussi un lieu de parole, pour les cas difficiles. On parle peu de la technique dentaire, mais plutôt du handicap.

L'Agence Régionale de Santé finance cette organisation au niveau des dépistages et des prestations dérogatoires. Ce n'est pas un gros budget, mais a le mérite d'exister, reconnaissant ainsi le travail fait. Mais l'efficacité a des limites car les budgets ne cessent de baisser et le nombre d'intéressés augmenter.

Le Réseau Handident Alsace propose la totale continuité des soins pour ces populations ainsi qu'un suivi personnalisé avec les personnes et les établissements. Cette dernière offre aux personnes en situation de handicap l'inclusion dans la normalité.

Le Réseau propose des soins de première intention dans des cabinets dentaires de ville (ressources), avec des chirurgiens-dentistes formés à la prise en charge de cette patientèle (en fauteuil, en brancard). Une prestation dérogatoire de 50% de la valeur des actes est versée aux praticiens qui sont membres du réseau et suivent les formations ciblées proposées par ce dernier. En cas de difficultés ou d'échecs, sont proposés : une offre de soins sous anesthésie générale sans intubation (AGSI) pour les cas n'excédant pas 30 minutes (2600 cas depuis 2009), pour les cas plus longs, plateau d'anesthésie générale avec une priorité aux soins (760 cas depuis 2009) ainsi que la réalisation de cone beam couchés sous sédation. Nous essayons d'éviter au maximum les extractions dentaires, et de ne pas rajouter du handicap à du handicap.

La gestion des urgences devient compliquée. On voudrait pouvoir les éviter par un suivi régulier.

On constate une nette amélioration de la situation bucco-dentaire de ces populations, la personne en situation de handicap est au cœur du dispositif. Il s'agit là d'une expérience réussie.

Cependant se pose, à terme, la pérennité des financements dans le cadre du CEPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens) et l'absence d'augmentation de la dotation alors que le nombre de patients augmente. Nous arrivons à nos capacités maximum.

## QUAND LES PERTURBATEURS ENDOCRINIENS AGGRAVENT LES INÉGALITÉS EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE



### DR NATHALIE FERRAND

*Membre du bureau Réseau Environnement Santé et Présidente de la commission éco-responsabilité du Syndicat des Femmes Chirugiens-Dentistes (SFCD)*

Ce titre fait référence à un colloque que nous avons organisé au mois de juin au Sénat. On a développé la question des MIH et des perturbateurs endocriniens.

Le MIH (hypominéralisation molaires incisives) a été cité à plusieurs reprises aujourd'hui, mais était inexistant il y a 30 ans, et commence à apparaître dans la bibliographie dans les années 2000, et maintenant nous avons des enfants de 6 à 9% d'enfants dans le monde qui sont concernés par cette pathologie. En 2013, une équipe de chercheurs de l'INSERM, a démontré le lien entre le bisphénol A et le MIH. Elle a montré cette atteinte dans la période de calcification à 5 ans, qui correspond à la période de vulnérabilité aux perturbateurs endocriniens. Et aujourd'hui nous sommes plus sur la notion de période que de dose pour les effets de ces perturbateurs. Puis il y a l'effet cocktail, et ensuite l'effet transgénérationnel, car celui-ci va se poursuivre jusqu'à la quatrième génération.

Le MIH a comme spécificité d'être difficile à soigner, ce sont des dents hypersensibles, difficiles à anesthésier, avec des collages qui ne tiennent pas bien et ce sont souvent des dents qui finissent par nécessiter des travaux prothétiques, voir après extraction, implant ou orthodontie. Et là, nous sommes confrontés à la notion de reste à charge, et d'accès aux soins que nous avons vu ce matin.

Donc, que cela soit le MIH ou les Bisphenols, la question à laquelle nous sommes confrontés c'est celle de la prévention individuelle mais aussi environnementale.

Le Bisphenol A, on le trouve dans les polycarbonates, dans les résines époxy comme les boîtes de conserves ou les canettes, les tickets de caisses, certains produits dentaires, les collages, ...

L'étude de 2013 ayant été faite sur des rats, nous aurions besoin d'études épidémiologiques complémentaires pour faire le lien avec l'homme. Le rapport entre les perturbateurs endocriniens et le milieu social, est peu étudié. Par ailleurs, pour les études existantes comme celles américaines ou australiennes, le problème c'est qu'elles se contredisent. Pour les australiennes, il n'y a pas de lien et pour les autres oui. Ce qui est sûr, c'est que le niveau de connaissance et de consommation sera facteur d'inégalité sociale.

La démarche d'hyper responsabilisation individuelle, allant jusqu'à ce que des complémentaires propose des contrats en fonction du bon ou mauvais comportement des assurés, comme le proposent des complémentaires italiennes ou américaines. Au delà de l'appréciation que l'on peut en avoir, cela pose la question de la responsabilité collective comme l'utilisation des pesticides dans l'agriculture, les transports ou l'industrie.

Même logique au plan européen, avec une approche économique du système de soins, et non médicale. Et pourtant nos économistes de la santé ne semblent pas prendre en compte le coût des perturbateurs endocriniens, alors chiffré en centaines de milliards.

Nous ne pouvons plus rester avec une vision de santé et non de soins, comme avec une démarche seulement individuelle sans l'élever au collectif. Sinon, on va dans le mur, et on fera porter aux professionnels une part de responsabilité qui n'est pas la leur. On perd le sens de ce qu'est le soin médical, celui de la vulnérabilité du patient, et on en fait des consommateurs de soins. Et tout le monde perd ses repères. Donc on doit toutes et tous retrouver notre citoyenneté et exiger que la santé ne soit pas un commerce.

Merci !



# JOURNÉE BOUCHE OUVERTE : PROMOTION ET INSTAURATION DE LA CONSULTATION « SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET ADDICTOLOGIE » AU CENTRE DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRÉVENTION EN ADDICTOLOGIE DE NANCY,



## DR THOMAS MERCIER

AHU- UFR d'Odontologie, Université de Lorraine

### La santé orale des toxicomanes, quels enjeux ?

En 2010, la France comptait 230000 personnes présentant un usage problématique de drogue (c'est à dire une prise par voie d'injection ou un usage de longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines selon l'OEDT, Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies).

Alors que l'on estime que 68% des usagers de drogue auraient besoin de soins bucco-dentaires, seuls 29% sont suivis régulièrement. La santé bucco-dentaire n'est pas une priorité chez la personne dépendante qui ne s'en préoccupe souvent que trop tard : c'est malheureusement la douleur qui la force à pousser les portes du cabinet dentaire, qu'elle fréquente peu.

Or d'après l'économiste Pierre Kopp, les drogues illicites coûteraient chaque année à l'État 709 millions d'euros en termes de dépenses de santé.

Réduire les dommages et changer les représentations mutuelles des consommateurs et des chirurgiens-dentistes afin de mieux répondre aux besoins des usagers apparaît dès lors comme un enjeu crucial.

### Pourquoi si peu de soins chez les usagers de drogue ?

À l'origine de la fracture entre le chirurgien-dentiste et l'usager de drogue, il y a surtout beaucoup d'idées reçues.

En tout premier lieu c'est la crainte de ressentir des douleurs lors des soins qui freine le patient toxicomane : de nombreux usagers pensent encore qu'il est impossible de les anesthésier et préfèrent alors pallier leur souffrance par une augmentation de la substance consommée, voire une reprise de consommation pour les individus en sevrage.

Vient ensuite le coût des soins : beaucoup d'entre eux se trouvent dans des situations précaires et si une réhabilitation prothétique n'est pas toujours possible immédiatement, l'éradication de foyers infectieux et le soulagement des lésions carieuses douloureuses le sont, qu'ils soient bénéficiaires de la couverture PUMA (ancienne CMU) ou de l'AME (Aide Médicale d'État), sans avance de frais. De plus, les assistantes sociales peuvent parfois accompagner les patients dans la réalisation de démarches de prises en charge exceptionnelles.

Enfin la peur du rejet et la honte sont des éléments récurrents chez ces patients, nécessitant une longue remise en confiance de la part du praticien.

### La situation en Lorraine

La Lorraine est aujourd'hui particulièrement marquée par des consommations problématiques d'héroïne, de cocaïne et de produits de synthèse, avec des niveaux chez les 25-39 ans plus élevés que la moyenne nationale. Ainsi au CSAPA de Nancy (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), 272 patients ont, durant l'année écoulée, été inscrits afin de recevoir leur traitement de sevrage aux opiacés par méthadone.

### Notre initiative

Se rendre plus accessibles pour placer les soins bucco-dentaires à la portée des consommateurs de drogue était notre but majeur. C'est pourquoi en décembre 2015, une équipe de praticiens du service d'Odontologie du CHRU de Nancy a rencontré celle du CSAPA nancéien, proposant un partenariat en vue de promouvoir la santé bucco-dentaire des usagers de drogue. Ainsi le 18 janvier 2016, après plusieurs semaines d'affichage

annonçant l'action, des chirurgiens-dentistes hospitaliers ont investi les locaux du CSAPA lors d'une journée baptisée "Journée Bouche Ouverte". Sans blouse ni instrument, loin des salles de soin, avec pour volonté de se détacher du cabinet dentaire que les patients toxicomanes perçoivent souvent comme un lieu hostile : les praticiens ont souhaité humaniser à nouveau cette relation de soin si particulière.

Il ne peut y avoir de prise de conscience sans connaissance : l'information reste le premier niveau de la prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire. Les praticiens ont non seulement informé les patients de ce centre des conséquences de leur consommation sur leur santé orale (caries à progression rapide, parodontite, bruxisme, halitose, risque infectieux, dénutrition etc...), mais aussi des possibilités et méthodes de soins. Enfin, les usagers ont été avertis de la mise en place d'une permanence réalisée par un chirurgien-dentiste, une demi-journée par semaine au CSAPA (information, diagnostic de pathologies buccodentaire), ainsi que de la mise en place d'une consultation hebdomadaire spécifique au sein du Service Odontologique du CHRU, pour une prise en charge adaptée. Brosses à dents et dentifrices ont aussi pu être distribués à des personnes qui parfois n'en possédaient plus depuis plusieurs années.

### Les résultats

Lors de cette première journée de promotion à la santé bucco-dentaire menée auprès de patients, trois praticiens odontologistes du CHRU ont échangé avec 42 usagers.

Dans les mois suivants (février à juin 2016), 31 patients du CSAPA se sont rendus au service d'Odontologie du CHRU de Nancy. La grande majorité a été suivie pour des plans de traitement globaux, parfois lourds, allant jusqu'à la réhabilitation prothétique.

7 patients n'ont pas donné suite aux soins proposés ; 3 patients n'ont pas souhaité finaliser leur réhabilitation prothétique après aboutissement des soins (pour des raisons financières) ; 5 patients ne nécessitaient aucun soin ; 16 patients sont allés au bout de leur plan de traitement. Parmi eux, trois portent aujourd'hui des prothèses amovibles complètes d'usage maxillaire et mandibulaire.

### Quelles suites ?

La consultation Addictologie et Santé Bucco-Dentaire a cette année été reconduite compte tenu des demandes croissantes de prise de rendez-vous des usagers de drogue. Une nouvelle édition de la journée Bouche Ouverte est planifiée le 12 décembre 2016. Deux autres dates supplémentaires sont à l'étude pour 2017. Le souhait d'étendre la consultation bucco-dentaire à l'ensemble des patients du CSAPA et plus seulement à ceux concernés par le traitement de substitution par méthadone a également été formulé par les praticiens du CSAPA.

Les soins aux bons moments et de manière bien préparée. Il apparaît aujourd'hui que le patient entrant en protocole de sevrage se trouve dans une démarche de reprise de contrôle et de réappropriation de son corps : au même titre qu'un bilan cardiaque peut être réalisé, la proposition systématique d'un bilan bucco-dentaire au début de cette démarche serait alors tout à fait appropriée. En effet, même s'il n'est en aucun cas question de remettre en cause l'instauration d'une substitution par la méthadone, il est avéré que sa prise sous forme de sirop est hautement cariogène.

Aussi l'information et le suivi des patients pour limiter les conséquences somatiques, tout autant que pour accompagner le processus de réinsertion sociale par la réhabilitation du sourire, s'intègre parfaitement dans les thérapeutiques de sevrage.

Enfin, pour non seulement mieux appréhender les représentations qu'ont les praticiens de cette population, pouvant parfois devenir un véritable obstacle à la prise en charge optimale, mais aussi pour pallier les préjugés de ces patients sur les soins dentaires et augmenter leur adhésion aux plans de traitement, nous travaillons actuellement à l'intégration de divers outils issus de la psychologie de la santé à ces consultations.

Fixer des objectifs accessibles et satisfaisants avec le patient nous semble une piste réellement intéressante à développer.

Merci de votre attention !

# « 2006-2016 : SOLUTIONS DE MULTI-PARTENARIAT EN RÉPONSE AUX BESOINS DE SOINS ET D'ÉDUCATION EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE POUR LES ENFANTS DE 4 À 16 ANS DE LA VILLE DE ROUBAIX »



## PR MONIQUE-MARIE ROUSSET

*UFR d'Odontologie, Université de Lille*

### Une population en difficulté :

Jusqu'en 2006, le Centre de soins et de recherches dentaires de Lille accueillait régulièrement en urgence des enfants de la ville de Roubaix : malheureusement, dès la disparition de la douleur, les rendez-vous n'étaient plus respectés et les soins s'arrêtaient ; les raisons avancées sont multiples :

La population concernée (familles monoparentales et/ou en difficulté sociale) ne consulte pas préventivement. Sans chirurgien-dentiste traitant, elle se tourne, en urgence, vers les structures hospitalières. L'urgence résolue, les parents, submergés par le quotidien, sont peu motivés par les soins dentaires ; de plus, à la distance et au transport hôpital-domicile pour des patients en difficulté sociale, s'ajoutent les délais d'attente entre les rendez-vous qui sont liés au peu de Pédodontistes ou de chirurgiens-dentistes qui soignent les enfants. Cela facilite les oublis, et favorise le manque de suivi, alors que les soins à réaliser sont souvent nombreux, et provoquent des douleurs récurrentes, auto-entretenues par une alimentation molle et sucrée.

Enfin, la peur du chirurgien-dentiste reste une réalité : la démarche française a peu intégré la prévention bucco-dentaire et le temps qui lui est consacré est insuffisant, voire inexistant ; la consultation tardive liée à la douleur ne facilite pas l'abord de l'enfant qui sera rarement calme. Le chirurgien-dentiste, à l'emploi du temps surchargé, ciblera rarement les soins sur enfants qui nécessitent plus de temps que pour l'adulte et sont peu rentables, et les parents estiment souvent que soigner les dents temporaires est inutile et qu'il ne faut pas « embêter l'enfant pour une dent qui va tomber ».

### Des problématiques spécifiques :

L'agglomération roubaisienne doit faire face à 2 problématiques :

- une moyenne de 36 Chirurgiens-dentistes pour 100000 Habitants, plus basse que la moyenne départementale (55 CD /100000 H), elle-même inférieure à la moyenne nationale.

- chez les jeunes roubaisiens, les indices carieux et le pourcentage d'enfants diabétiques sont supérieurs à la moyenne nationale, or les caries précoces et problèmes d'obésité ont en commun des habitudes alimentaires inadaptées.

Il fallait répondre à ces besoins en santé publique et trouver une solution adaptée.

### Une rencontre et une volonté commune de répondre aux problèmes de Santé Publique :

Roubaix a intégré le projet EPODE (Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants) ; le service santé de la ville assurait des actions de sensibilisation pour les familles et les professionnels de santé, dont 3 pédodontistes lillois participaient à cette démarche préventive.

Dans le but de pérenniser leur action, de créer des passerelles entre différents professionnels autour de l'enfant, et de disposer d'un langage commun pour potentialiser les messages, ils ont entrepris de former des relais en impliquant plusieurs catégories professionnelles. Au travers de tables rondes, ateliers, conférences-débats et animations, ils ont adressé différents messages aux responsables de crèches, aux assistantes maternelles, aux animateurs socio-éducatifs des centres aérés et de cantine, aux éducateurs spécialisés, aux enseignants des écoles maternelles et primaires et aux élèves infirmiers

L'ensemble de ces professionnels a adhéré avec efficacité à la démarche proposée et une véritable synergie s'est créée : les Infirmières scolaires ont renforcé les messages par d'autres ateliers, les enseignants en écoles primaires ont mobilisé les enfants sur des jeux et expositions sur l'hygiène bucco-dentaire, l'alimentation et la prévention

La ville a appuyé les interventions en milieu scolaire en distribuant des kits dentaires aux enfants, kits qu'elle a offert également au service de pédiatrie du CHR de Roubaix. Enfin, les étudiants de l'IFSI de Roubaix ont élaboré, pendant leur cursus, des projets sur la santé dentaire débouchant sur des actions en milieu scolaire et associatif.

Une population en difficulté ne se soignant qu'en proximité, est né le projet de répondre localement aux besoins de soins dentaires et de prévention des roubaisiens de 4-16 ans,.

Monsieur Lefebvre, Directeur du service santé de la ville et le Professeur Rousset ont proposé un parcours coordonné de soins aux enfants, intégrant une dimension familiale et allié à une démarche de prévention et d'éducation à la santé pour pérenniser l'action ; un multi-partenariat s'est créé, liant la ville de Roubaix et son CHR, la Faculté Dentaire et le Service d'Odontologie de Lille, les CPAM de Roubaix et Tourcoing, l'APESAL, le conseil de l'ordre et les chirurgiens-dentistes libéraux, les médecins, pédiatres et les infirmières scolaires de Roubaix. animateurs et encadrants d'activités enfants y ont été associés.

Le Conseil général a été sollicité pour l'aide logistique dans l'orientation des enfants vers les soins par le biais du bilan de 4 ans des PMI, et le programme a obtenu le soutien financier de l'ARS.

Des étudiants seniors encadrés par un hospitalo-universitaire de la faculté assurent le fonctionnement des cabinets dentaires créés en 2007 et 2008 au Centre d'Examen de santé.

### Un parcours coordonné :

L'accompagnement, indispensable pour prévenir le renoncement aux soins, se inclut un rappel téléphonique la veille du rendez-vous, et un autre le jour même. Au Centre, une infirmière « dédiée », spécialement formée aux problèmes bucco-dentaires et à l'abord psychologique de l'enfant, accueille les familles et donne des informations

de prévention avec hygiène alimentaire et bucco-dentaire : elle enseigne une méthode de brossage aux parents et au jeune patient et alerte sur les teneurs en sucre, un kit dentaire complet et une fiche conseil leur sont remis.

La plupart des enfants pris en charge ne connaissent pas le cabinet dentaire, mais la majorité d'entre eux se montre coopérante grâce à l'imagination de l'équipe de soignants qui adapte son vocabulaire, évoquant le « fauteuil relax », l'« aspirateur », le « bruit du vent » ou le « petit avion » pour raser l'enfant. Puis l'infirmière prépare l'enfant à l'acte de soins, et ses parents y sont associés et participeront au déroulement des séances futures.

A la 2ème séance, l'infirmière rappelle, sous forme d'un jeu de questions-réponses, les notions sur le brossage et les choix alimentaires. Les premiers soins (d'abord simulés sur les nounours ou les doudous), sont toujours peu invasifs (scelléments de sillons par exemple). Au fil des séances, en salle d'attente, l'infirmière revient sur les notions de bonnes habitudes d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire

Les autres rendez-vous sont fixés. Les soins terminés, l'enfant est revu en contrôle tous les 6 mois ; les parents sont sensibilisés à l'importance de ces contrôles qui vont repréciser l'état dentaire et mesurer les acquis des enfants sur les habitudes d'hygiène.

La pérennité des contrôles passe par une programmation orale du rendez-vous lors du dernier soin, l'envoi d'un courrier et un rappel téléphonique la veille du contrôle.

### Bilan de l'action

Méthode :

En 2014, sur une population de 119 enfants de 4 à 15 ans, dont le sexe/ratio est assez homogène (49,6% de filles et 50,4% de garçons) 262 consultations sont étudiées : elles comportent 119 premières C et 143 C de contrôle pendant la période d'observation.

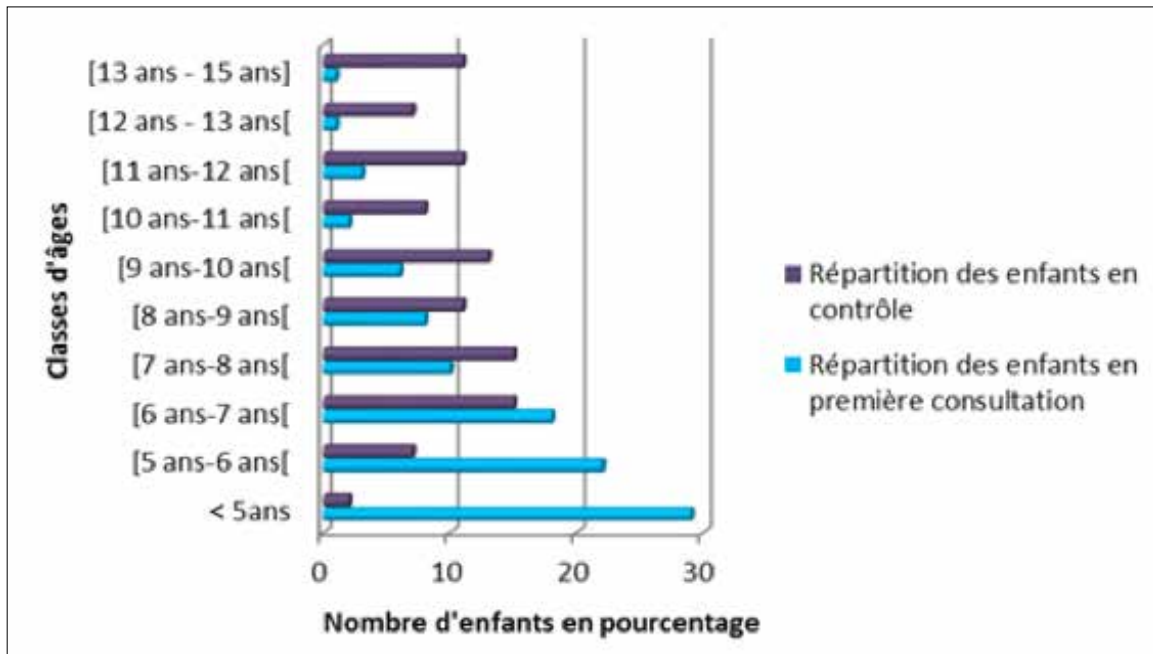
On note que la moitié de la population recensée dépend du régime CMU ou est en plus grande précarité encore.

## Résultats

La répartition des enfants par âge montre l'importance des patients de moins de 5 ans qui viennent pour la première fois, et celui des ados et pré-

ados qui se présentent aux contrôles alors que cette tranche d'âge est souvent difficile à toucher (Fig 1).

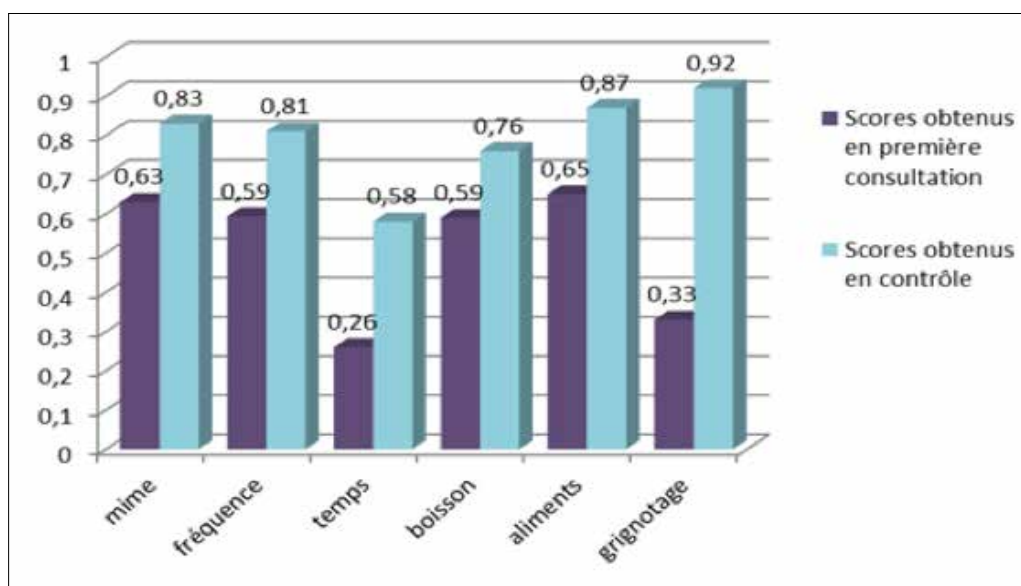
Fig 1 : répartition des enfants selon leurs tranches d'âge (travaux du Dr H.Beck)



Une évaluation des connaissances en hygiène alimentaire et bucco-dentaire, notée sur 10, est effectuée à l'aide d'une fiche de 6 critères, 3 pour le brossage (technique, fréquence et durée), 3 pour l'hygiène alimentaire (connaissance des aliments cariogènes, des boissons cariogènes et notions de grignotage)

En 1ère consultation le score moyen est de 5,8/10 et passe à 9,2/10 pour les consultations de contrôle (Fig 2).

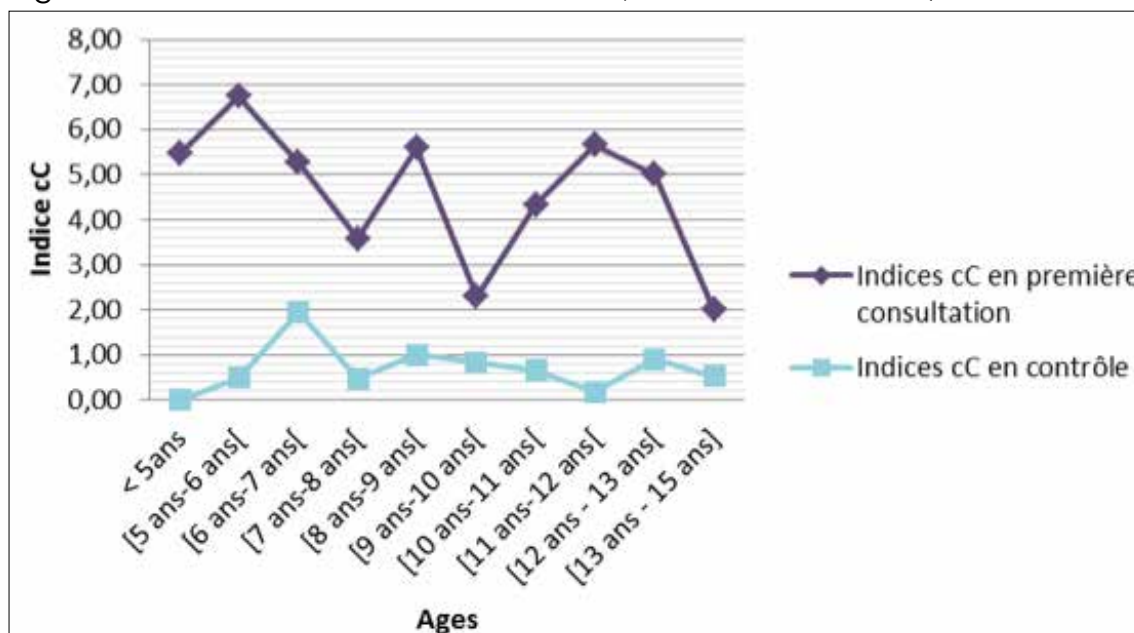
Fig 2 : évaluation des acquis de connaissances en habitudes d'hygiène (travaux du Dr H.Beck)



Bien sûr, le mode étant déclaratif, il y a parfois une grande différence entre les connaissances et l'application au quotidien.

L'indice cC moyen est relevé dans les deux populations (Fig 3),

Fig 3 : indices cC en 1ère C et en contrôle (travaux du Dr H.Beck)



Il passe de 5,28 en 1ère C à 0,85 lors du contrôle et 50% des enfants n'ont aucune carie

**Discussion**

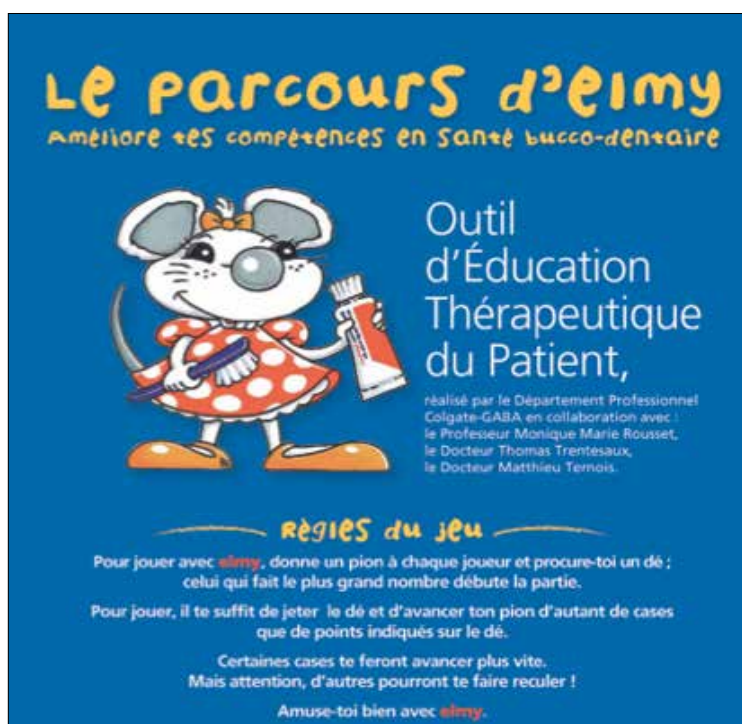
Cette approche globale avec éducation à la santé et démarche pédagogique dédramatisant les soins dentaires a permis une motivation forte des parents. Ils sont plus vigilants et amènent leurs autres enfants plus précocement en consultation.

La démarche d'éducation à la santé a évolué progressivement vers une Education thérapeutique du patient (ETP).

Un outil, créé par le Professeur Rousset pour son mémoire de certification en ETP, a été ensuite

amendé (Fig 4) et testé en première intention au Centre d'Examen de Santé de Roubaix par l'infirmière spécialement formée ; il a été ensuite distribué à toutes les sous-sections d'Odontologie Pédiatrique de France pour le faire vivre et évoluer.

Fig 4 : le parcours d'ELMY, Outil en ETP (Travaux du Pr Rousset avec la collaboration des Drs Ternois et Trentesaux et du Laboratoire Colgate-GABA)



Le « parcours d'Elmy » complète maintenant le dispositif d'accompagnement des patients et va permettre la réalisation d'ateliers où parents et

## DÉBAT

Sur l'accompagnement des personnes addictives à Nancy, il a été présenté le travail du CSAPA en lien avec les libéraux. Et il a été rappelé la demande de l'ASPBD à la MILDECA de mettre un groupe

## PRIX FRANÇOISE ROTH

Ce prix 2016, a été remis au Dr Serigne Ndamé DIENG, pour son travail de thèse sur la « Réduction des inégalités sociales de santé bucco-dentaires des enfants de Pikine, Sénégal : modèle conceptuel d'intervention axé sur l'amélioration de la compétence en santé orale des mères ».

Les inégalités sociales de santé bucco-dentaire découlent d'une relation complexe de déterminants sociaux de santé dont l'oral health literacy ou la compétence en santé orale (CSO). Il est considéré à la fois comme un important prédictif d'état et de comportement de santé et un impératif de santé publique.

Au Sénégal, le manque de données ne facilite pas un regard précis de la situation. En revanche, les quelques données disponibles nous amènent à conclure que les maladies bucco-dentaires sont relativement élevées chez les enfants et inégales selon le statut social. Des études rapportent une prévalence de 51% chez les écoliers de 12 ans (9),

## CONCLUSION

La présidente de l'ASPBD a remercié, en conclusion, la co-présidence comme son conseil scientifique de leur contribution au succès de cette journée qui a été très riche, se terminant tard. Les participants ont été invités à retrouver ces travaux dans les actes qui paraîtront en 2017, avant la

## POSTERS

### MISE EN PLACE D'UN PROJET D'ACCOMPAGNEMENT POUR LA SANTÉ ORALE DES MÈRES ALLAITANTES ET DE LEURS ENFANTS

#### DR STÉPHANIE JAGER

*Maître de Conférence des universités-Praticien hospitalier en odontologie pédiatrique, NANCY*

enfants mesureront ainsi les compétences acquises par le jeu.

de travail sur ce sujet, Odontologie et Addictologie. Nous attendons toujours sa réponse, alors que plus que jamais nous aurions besoin de travailler ensemble.

chez les enfants maternels de 0 à 6, elle est de 78% ans de la banlieue de Dakar et 55% dans les quartiers résidentiels. La réponse est faible (1 dentiste pour 38000 habitants) et ne semble pas adaptée au souci de réduire les inégalités de santé bucco-dentaire car les coûts étant presque inaccessibles aux couches sociales défavorisées.

C'est dans ce sens qu'un projet pilote dans le département de Pikine s'est intéressé à la carie dentaire des enfants selon la situation sociale de leurs mères et de leurs ménages, et propose un modèle conceptuel d'interventions axées sur la CSO dans sa perspective de santé publique. Le modèle explicatif défini par l'OMS en 2005 nous a servi de base théorique à l'explication des inégalités sociales de santé bucco-dentaire.

Il a été remis par la présidente de l'ASPBD et la représentant de la société Henry Schein.

prochaine journée qui se tiendra le 9 novembre 2017.

Merci aussi au Département du Val-de-Marne et à l'équipe de la Maison des Syndicats-Michel Germa ainsi qu'à tous les bénévoles de l'association.

L'allaitement maternel est un thème qui fréquemment déchaîne les passions. Force est de constater que bon nombre de mères allaitantes se sentent jugées et craignent d'être critiquées dans leur choix d'allaiter leur enfant au-delà d'un an. Il suffit d'aller sur quelques forums de mères allaitantes pour constater le gouffre qu'il y a entre ces mères et certains chirurgiens-dentistes parfois tentés de condamner l'allaitement maternel dès l'éruption des premières dents. Les lésions carieuses chez l'enfant allaité est un sujet tellement polémique qu'il en devient presque tabou... excluant ainsi fréquemment ces enfants d'un éventuel parcours de soin précoce et de tout message préventif. La carie ne serait-elle pourtant pas la conséquence d'un phénomène plurifactoriel ? Pouvons-nous réellement en tant que professionnels de santé aller à l'encontre des recommandations de l'OMS encourageant un allaitement jusqu'aux 2 ans voire plus de l'enfant ? Pouvons-nous nous immiscer ainsi dans la vie privée de nos patients et refuser d'écouter leurs choix de vie ? N'atteignons-nous pas alors les limites d'une supposée bienveillance ?

Méthode : Nous présenterons ici un projet mis en place récemment sur Nancy proposant un moment privilégié de discussion autour de la santé orale du jeune enfant en petit comité entre mères allaitantes et chirurgiens-dentistes suivi peu de temps après d'une première consultation dentaire afin d'adapter les conseils préventifs à la situation de chacun. Nous visons ainsi à réconcilier la mère allaitante avec le chirurgien-dentiste, l'idée étant qu'elle puisse voir en lui un professionnel de santé capable d'accompagner son allaitement tout en permettant à son enfant par une prise en charge adaptée de préserver une bonne santé orale.

Résultats : Cette première initiative a permis de voir 10 mères et leurs enfants en consultation. Toutes semblent avoir adhéré à nos conseils préventifs et surtout sont prêtes à suivre notre calendrier de suivi clinique ce qui nous semble primordial. Plusieurs autres sessions sont d'ores et déjà prévues.

Discussion : Les retours de mamans ont été très positifs. Le tact et le non-jugement des différents praticiens leur ont permis de décrire leur mode de vie sans réserve, ce qui nous permis d'adapter les messages préventifs de façon plus efficace.

Elles ont également beaucoup apprécié l'honnêteté avec laquelle nous avons présenté les choses. A travers ce projet, nous avons souhaité souligner

que vouloir le bien de l'autre ne doit pas impliquer vouloir le soumettre à notre vision des choses et que de ce fait, enfant allaité et non allaité ont droit au même accompagnement spécifique sans aucun jugement de notre part quelles que soient nos convictions.

## **ÉTAT DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS À L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC NATIONAL DE SANTÉ DE FRESNES (EPSNF)**

**ROMAIN JACQ**

*Praticien attaché EPSNF, AHU Paris Descartes,*

La population carcérale présente une forte prévalence de maladies chroniques et un état de santé bucco dentaire dégradé par rapport à la population générale. Cette forte proportion est liée à de multiples facteurs tels qu'une origine sociale défavorisée, la consommation de substances psychoactives ou encore une forte proportion de personnes atteintes de maladie (mentale, diabète, VIH, VHC...) dans la population carcérale.

L'établissement public national de santé de Fresnes (EPSNF) accueille au sein de ses 3 services (Médecine, Médecine physique et réadaptation (MPR) et Soins de suite réadaptation (SSR) des patients adressés par l'ensemble des établissements pénitentiaires français. Le service des consultations comporte un cabinet dentaire où sont reçus les patients hospitalisés

Cette activité bucco-dentaire présente deux particularités. En premier lieu, les soins chez des patients incarcérés nécessitent un abord du patient spécifique. D'autre part il s'agit de patients hospitalisés qui ont donc un état de santé dégradé.

L'objectif de l'étude est de mesurer l'état de santé bucco-dentaire des patients hospitalisés dans un établissement pénitentiaire.

Cette étude s'est déroulée de mars 2014 à juin 2016 lors de la consultation bucco dentaire des patients à l'EPSNF.

Les données recueillies concernent les données administratives, médicales et bucco-dentaires du patient. L'analyse statistique a été faite avec le logiciel SPSS.



Nous avons recensé 234 fiches de consultations, 24 sont inexploitable. Il s'agit à 96% de patients masculins. L'âge moyen est de 45 ans. 40% des individus sont pris en charge dans le service de médecine, 35% au SSR, 23% du MPR et 2% sont des patients non hospitalisé

L'indice CAO moyen est de 13, et le nombre moyen de dents cariées par patient est de 6.

Les dents absentes sont nombreuses. Cela reflète une prise en charge principalement orientée vers la chirurgie en milieu carcéral.

Le besoin de soins bucco-dentaires de la population carcérale est très important. La prise en charge des pathologies dentaires est indispensable en prison afin de répondre à la demande,

de maintenir un état de santé local et systémique sanitaire acceptable et de limiter les inégalités d'accès aux soins et à la prévention en établissement pénitentiaire.

Cette prise en charge bucco dentaire s'intègre dans un cadre de prise en charge globale des pathologies du patients, le maintien d'une bonne santé bucco dentaire participe à l'amélioration de l'état de santé du patient mais il s'agit aussi d'un préambule à sa réinsertion sociale à l'issue de son incarcération.

## LES INTERNES EN PÉDIATRIE ET LA SANTÉ ORAL

**BÉRAT PJ,**

*Interne MBD*

**JACQ R**

*Vanderzwalm A2 et Vital S,*

*Odontologie Pédiatrique, Université Paris Descartes, Hôpital Louis Mourier, HUPNVS, AP-HP*

Il est admis que les pédiatres peuvent jouer un rôle primordial dans l'amélioration de la santé bucco-dentaire des jeunes enfants, en dispensant des conseils de prévention et en interceptant précocement les lésions de la sphère orale, lors des nombreuses consultations obligatoires.

Ces compétences sont directement liées à la formation des pédiatres sur les pathologies bucco-dentaires.

**Objectif :** L'objectif de ce travail est d'évaluer les connaissances et attitudes des internes en pédiatrie au niveau de la santé orale.

**Matériel et méthode :** Un questionnaire en ligne anonyme a été diffusé auprès des 1800 internes du DES de pédiatrie, via l'association des juniors en pédiatrie (AJP). Une première partie du questionnaire concerne des informations générales (sexe, ancienneté, CHU de rattachement), la seconde propose 4 situations cliniques courantes d'odontologie pédiatrique avec des photographies, pour lesquelles les internes devaient choisir parmi les propositions, un diagnostic et une prise en charge. Une dernière partie permettait de relever des commentaires libres des participants

**Résultats :** 187 internes ont participé à cette étude.

Les internes sont à 88% des femmes, répartis sur les 8 semestres qui composent l'internat de pédiatrie.

Face à l'expulsion d'une dent temporaire, 50% des internes proposent une réimplantation de la dent, dont 35% en orientant vers un chirurgien dentiste et 15% en le faisant eux-mêmes au moment de la consultation d'urgence.

Seuls 14% identifient des lésions carieuses débutantes, 65% diagnostiquant à la place une anomalie de structure. Face cette fois, à une dentinogénèse imparfaite, 76% font un diagnostic correct et 96% recherchent une anomalie syndromique associée.

**Discussion :** Il apparaît un manque de connaissances des internes de pédiatrie concernant les situations bucco-dentaires usuelles, telle que la traumatologie de la dent temporaire, ou les lésions carieuses précoces. Par contre, ils sont très avertis concernant les anomalies dentaires d'origine génétique. Nombreux sont les internes qui se sont plaints d'un manque de formation sur le sujet, tout en ayant la volonté de jouer un rôle tant dans le dépistage, l'orientation et la prévention buccodentaire.

Depuis une quinzaine d'années, un développement de la formation continue ciblée sur la santé buccodentaire, auprès des pédiatres a été initié aux Etats-Unis, avec notamment des actions de prévention primaire de la maladie carieuse réalisées par les pédiatres. Il apparaît que ces formations sont plus efficaces, lorsqu'elles s'adressent aux internes plutôt qu'aux pédiatres en exercice.

## LE PARTENARIAT PATIENT SOIGNANT EN SANTÉ ORALE : "LE NEW DEAL" POUR LES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES SÉVÈRES

**DR DENIS FRÉDÉRIC**

*Assistant Hospitalo-universitaire en santé publique, Faculté d'odontologie, Université de Reims Champagne-Ardenne*

Dans le code de déontologie médicale et le code de la santé il n'y a pas de patient mais des usagers du système de santé ; Un patient n'est pourtant pas qu'un usager. En effet, la relation soignant-malade est une modalité particulière de la relation intersubjective interprétée comme une relation entre un agent et un patient. De ce point de vue, les « Chartes du patient hospitalisé », d'un côté, et les « droits des usagers », de l'autre, réaffirmés dans le code de la santé, sont révélateurs d'une mutation dans la relation de soins. Pour les patients souffrant de troubles psychiques sévères (TPS) et de mauvaise santé orale, malades et soignants, peuvent-ils devenir des partenaires ?

**But :** Le but de ce travail est de rendre compte des mutations possibles et à réaliser pour les patients souffrant de TPS.

**Méthode :** Nous exposons deux recherches qualitatives réalisées avec l'expertise de patients souffrant de TPS visant l'amélioration de la santé orale.

-La construction d'un guide interactif pour l'entretien médical et dentaire (

**Conclusion :** Bien qu'il existe des initiatives ponctuelles, il serait intéressant dès leur internat de donner aux futurs pédiatres les clés cliniques pour répondre à leur mission de prévention de la santé orale de l'enfant. Cela permettrait de prendre en charge plus précocement et plus efficacement des populations parfois éloignées du cabinet dentaire.

Programme international de recherche action participative –PIRAP).

- La construction d'un programme d'éducation thérapeutique (ETP) en santé orale : Trial registration : Clinical Trial Gov NCT02512367.

**Résultats :** L'écran thérapeutique est nuisible à une bonne relation de soin et doit être brisé par la formation des soignants.

L'approche globale de la santé est un vecteur d'amélioration de la santé orale des patients souffrant de TPS. L'ETP doit aider les soignants à mieux apprécier les besoins en santé de ces populations.

**Discussion :** Prendre en compte le point de vue du patient concernant ces croyances en santé, c'est la perspective de nouvelles organisations des soins bucco-dentaires en santé mentale, intégrant une approche globale et favorisant la prévention au profit du soin curatif.

## ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP EN ANGLETERRE, EN FRANCE ET AU LIBAN : ENJEUX ETHIQUES,

**CHRISTINE KHOURY**

*Faculté d'Odontologie, Aix-Marseille-Université,*

**CORINNE TARDIEU**

*Faculté d'Odontologie, Aix-Marseille-Université, UMR 7268 ADÉS/Aix-Marseille-Université-EFS-CNRS*

## MARIE-ANGE EINAUDI - ANNAGRAZIA ALTAVILLA

UMR 7268 ADÉS/Aix-Marseille-Université-EFS-CNRS, Espace Ethique Méditerranéen, Marseille

L'accès aux soins dentaires des enfants en situation de handicap se trouve à l'intersection de nombreuses questions éthiques comme la vulnérabilité, l'autonomie, la dépendance, l'égalité et le principe de la dignité.

La question d'accès aux soins n'est pas qu'une question médicale ou strictement liée à la pratique médicale ; elle peut être une interaction multidisciplinaire entre le monde scientifique, le monde social et le monde politique.

**But :** Le but de notre revue de littérature a été d'étudier la perception et la traduction du droit d'accès aux soins dentaires des enfants en situation de handicap dans trois pays à culture et situation géopolitique différentes : l'Angleterre, la France et le Liban.

**Méthode :** La recherche bibliographique a été menée en interrogeant plusieurs bases de données, les textes de lois et les recommandations des sociétés savantes.

Les mots clés utilisés étaient : handicap (disability), soins dentaires (dental care, dental health care), enfants (child, children), droit à la santé (right to health), accès aux soins (access to health), droit d'accès aux soins (right to health access).

Nous avons cherché à faire le point des connaissances sur la perception du handicap, l'évolution

## LES LIMITES DES FACTEURS TOPIQUES : UNE ALTERNATIVE NATURELLE POUR PRÉVENIR ENCORE MIEUX LES LÉSIONS CARIEUSES EN CONTRÔLANT SON PROCESSUS

### JACQUES VÉRONNEAU

DMD, PhD

La carie dentaire est une maladie infectieuse, contagieuse et en augmentation auprès des populations vulnérables comme le révèle les données fédérales 2016 des USA.

Les personnes ont de la carie mais leurs dents ont ses conséquences (lésions). Le processus du biofilm dentaire implique une activité métabolique avec des millions de réactions internes dont nous n'avons aucun contrôle.

Lorsque les conditions cariogènes sont réunies – Les Streptocoques Mutans (SM) et les Lactobacilles (L) agissent en prérequis dans le processus carieux

des lois, le droit à l'accès aux soins et les différents systèmes de santé pour les personnes en situation de handicap.

### Résultats

Cette méthode de recherche bibliographique informatisée a montré la difficulté d'accès aux informations exhaustives notamment au Liban.

Pour la perception, les expressions utilisées se sont révélées différentes entre les trois pays. Chacun des pays se réfère à des textes de lois distincts se basant sur les différentes conventions internationales. Le droit aux soins et le droit d'accès aux soins ont été prononcés par chacun des pays même si les systèmes de santé sont différents.

### Discussion/Conclusion

L'établissement de conventions internationales a permis l'évolution de la perception du handicap dans les trois pays. Le questionnement sur les enjeux éthiques montre que l'accès aux soins des enfants en situation de handicap n'est pas tout à fait mis en avant. En effet, les barrières déplorées dans les trois pays créent des enjeux d'application des principes d'une dignité égale, de justice, de non-discrimination, de liberté et donc d'autonomie de ces personnes.

– le processus pathologique menant aux lésions peut être contrôlé et les signes cliniques prévenus.

Malheureusement, les produits dominant le marché de l'offre préventive agissent en bout de processus, en reminéralisant certaines lésions.

Donc, les fluorures ne sont pas préventifs mais réactifs : ils fonctionnent partiellement si la déminéralisation domine ne changeant pas ainsi le statut de risque carieux du patient. Après avoir été instigateur scientifique de trois

essais cliniques infructueux à tester les fluorures topiques modernes (gels/verniss) auprès de populations vulnérables (caucasiens ou aborigènes) de 2006 à 2013, la littérature fût revue pour tenter d'expliquer ces échecs modernes. Brambilla et al. 1999 avaient déjà démontré que les enfants fortement infectés de SM au départ (105 SM/ml de salive), n'avait reçu aucun effet bénéfique d'applications biannuelles pendant cinq ans, de gels fluorurés. De plus, une étude clinique observatrice a révélé que plus du deux-tiers des patients dentaires privés sont fortement infectés aux SM.

**Objectif :** Un essai clinique du vernis fluoruré appliqué quatre fois par année, en prélevant au départ la salive des enfants du groupe test et comparé leur effet protecteur selon le degré d'infection aux SM. À l'aide d'un autre échantillon, tester l'effet thérapeutique sur le processus et sur les lésions, d'une pâte à dent naturelle au xylitol 25 %.

**Méthode :** Dans le cadre d'un projet menant au doctorat, un total de 510 enfants âgés au départ de 21 mois en moyenne ont été divisés aléatoirement en deux groupes dont le groupe test a eu une collecte salivaire et a reçu durant 2 ans un total de 8 applications de vernis fluoruré (aux 3 mois) alors que les enfants du groupe contrôle n'obtenait rien d'autre que les soins normaux à ces âges.

Les enfants des deux groupes ont été soumis à un examen dentaire au départ et en fin de projet (46 mois d'âge moyen) utilisant l'index moderne IC-DAS. L'autre essai clinique testant la pâte naturelle au xylitol 25 % a rassemblé plus de 200 jeunes enfants âgés en moyenne de 6 mois et départ et suivis pendant 24 mois (30 mois d'âge moyen à la fin) et leurs parents : le groupe test a subi un prélèvement salivaire au départ et à la fin alors que leurs parents ont reçu des tubes de dentifrices au xylitol pour broser les dents de leur enfant deux fois par jour pendant 2 ans.

**Résultats :**

- 1) Vernis F : Les applications quatre fois l'an ont générés une expérience carieuse moyenne de 5.2 surfaces par enfant du groupe test alors la moyenne équivalente du groupe contrôle fût de 10.1 surfaces par enfants (fraction préventive de 48 %) . Mais les enfants du groupe test qui présentait à 21 mois, 105 SM/ml de salive, ont récolté une expérience carieuse moyenne de 13.3 surfaces. Donc, le vernis F n'a pas été efficace auprès des enfants fortement infectés aux SM au départ
- 2) Pâte au xylitol : Aucune étude, sur le plan mondial,

n'avait testé la capacité de la pâte au xylitol stricte (sans F) d'œuvrer comme agent thérapeutique. Le groupe test a présenté une expérience carieuse moyenne de 2.7 alors que le groupe comparatif non exposé à la pâte, a généré une expérience carieuse de 6.4 surfaces en moyenne (fraction préventive de 60 %). Les lésions cavitaires ont été en moyenne chez chaque enfant, de 3.8 pour le groupe contrôle et de 0.7 pour le groupe test (presque 6 fois plus). Le taux d'infection aux SM a significativement diminué entre le statut de départ et celui de fin de projet.

### **Conclusion**

En première mondiale, ces résultats démontrent que les fluorures topiques modernes sont limités auprès des individus fortement infectés aux SM. De plus, la pâte à dent naturel au xylitol 25 % semble agir sur le processus carieux de la maladie et sur la reminéralisation de lésions. De plus, elle semble avoir le potentiel pour réduire le degré d'infection aux SM. La pertinence de l'ère des fluorures dominant l'offre préventive semble révolue.

*NB : Nous avons testé la pâte auprès de 50 adultes à haut risque carieux durant trois mois avec prélèvement salivaire au départ et à la fin et nous avons noté également une baisse spectaculaire des SM et L.*

## **RETOUR SUR 10 ANS D' ACTIONS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE AUPRÈS DES COLLÉGIENS DU VAL DE MARNE**

### **Dr DIB SALIHA**

*Chirurgien-dentiste Responsable secteur Jeunesse, Service de santé publique dentaire DP-MI-PS Conseil départemental du Val de Marne.*

Depuis 2003, le programme « Mordre la vie à pleines dents » dans les collèges s'inscrit dans le programme de prévention bucco-dentaire du conseil départemental du Val de Marne.

Aujourd'hui, le programme est intégré dans le volet santé du projet éducatif départemental pour les collèges. Il se définit par une approche ludopédagogique et propose différentes activités ; rallyes informatiques , séances sur l'innovation et la santé bucco-dentaire...

Méthode : Après un premier audit et des tests en situation, différentes enquêtes ont jalonné l'extension du programme. Elles ont servi de base pour construire et revisiter les actions d'éducation pour la santé bucco-dentaire pour le public adolescent au cours de trois grandes étapes;

2003-2010 : Etat des lieux - objectifs et outils

2010-2014 : Transversalité - Réseau et Diffusion

2015-2017 : Accompagnement - Autonomie et Partages

Résultats Discussion : Les résultats de la dernière enquête confortent l'intérêt d'intervenir au collège et d'assurer la continuité des actions de prévention bucco-dentaire pour accompagner le

## **IMPACT DE LA DENTISTERIE CENTRÉE SUR LE PATIENT SUR L'ACTIVITÉ DES ÉTUDIANTS EN CHIRURGIE-DENTAIRE**

**MATHIEU MARTY - ISABELLE BAILLEUL-FORESTIER**

*Sous-section d'odontologie pédiatrique, faculté de Chirurgie-dentaire de Toulouse;*

**BÉNÉDICTE GENDRON**

*Département des sciences de l'éducation, Université Paul Valéry, Montpellier 3.;*

**JEAN-NOEL VERGNES**

*Sous-section de santé publique, faculté de Chirurgie-dentaire de Toulouse*

L'évaluation clinique des étudiants en chirurgie-dentaire est le plus souvent basée sur des critères quantitatifs par nombre d'acte. Ce type de méthode a pour conséquence un certain nombre d'effets secondaires décrits dans la littérature, et entraîne une déshumanisation des patients.

But : Ce travail a pour objectif d'évaluer l'impact de la mise en place d'une évaluation de type « patient-traité » en remplacement de l'évaluation par acte, des points de vue quantitatif (nombre d'actes) et qualitatif (perception des étudiants).

**Méthode** : Une étude quasi-expérimentale randomisée avec groupe témoin a été réalisée durant la vacation d'odontologie pédiatrique au service d'odontologie du CHU Rangueil, Toulouse. Le groupe témoin (n=20) a conservé une évaluation clinique par nombre d'acte.

Le groupe test (n=22) était évalué par « patient-traité ». La quantité d'actes réalisés par les étudiants des deux groupes à la fin de la période clinique a été extraite du logiciel de gestion et analysée à l'aide du logiciel R<sup>®</sup>. Des entretiens semi-dirigés ont été menés afin de produire une analyse thématique sur le ressenti des étudiants à l'aide du logiciel Nvivo<sup>®</sup>.

**Résultats** : Une augmentation non statistiquement significative de l'activité des étudiants du groupe

processus d'autonomisation de l'adolescent. La mise en place d'actions d'éducation pour la santé bucco-dentaire dans les collèges reste une démarche relativement nouvelle. L'apport d'une approche de type recherche action questionne la nécessité d'une constante dans la dynamique d'innovation.

Conclusion : La pérennité de la mise en place d'actions de prévention bucco-dentaire dans les collèges nécessite un réajustement régulier en raison des changements systémiques institutionnels et organisationnels imposant de développer une démarche par séquences de projets innovants.

test a pu être observée. L'analyse qualitative, thématique, des entretiens a permis de souligner les effets secondaires possibles de l'évaluation par acte et de déterminer que l'évaluation par patient est considérée par les étudiants comme plus humaine, moins stressante et plus efficace.

**Discussion** : Cette étude montre qu'une évaluation par patient-traité présente moins de risque d'effets secondaires et permet la mise en place d'un environnement plus propice à l'émergence des compétences professionnelles des étudiants, tout en préservant la quantité d'actes réalisée. Le développement d'un enseignement centré sur le patient représente une voie de recherche intéressante pour potentialiser ces attitudes professionnelles et améliorer la prise en charge des patients.

## **RÉFLEXION AUTOUR DES 23 PROPOSITIONS DU LIVRE BLANC DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE**

La Lettre de l'Ordre National des Chirurgiens Dentistes de juin 2016 titre en couverture "Un Livre Blanc, 23 mesures pour réinventer la santé bucco-dentaire" avec pour illustration le dit-livre intitulé.





