

# INTERVENTIONS DE SANTÉ

Mission bucco-dentaire

## *2<sup>e</sup> journée de santé publique dentaire*

*Quelle Santé publique dentaire,  
pour quel système de santé ?*



Département  
du Val-de-Marne

Conseil général



**Organisée par la mission bucco-dentaire**  
Service de Santé publique du Conseil général du Val-de-Marne



Sous la présidence scientifique de

**Monsieur le Professeur Maurice MORENAS**

Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire de Clermont-Ferrand

&

**Madame le Docteur Brigitte SANDRIN BERTHON**

Maître de conférences à l'Université catholique de Louvain

Chargée de mission à l'Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé

### **Comité scientifique**

Docteur Sylvie AZOGUI-LEVY - U.F.R d'Odontologie - Université Paris VII

Docteur Evelyne BAILLON-JAVON - E.L.S.M du Val d'Oise – C.N.A.M.T.S

Docteur Fabien COHEN - M.B.D / D.I.S - C.G. 94

Docteur Bernard DECROIX - Aide Odontologique Internationale

Docteur Marysette FOLLIGUET - U.F.R d'Odontologie - Université Paris V

Docteur Philippe HUGUES - M.B.D / D.I.S - C.G. 94

Docteur Bernard MOLINE - M.B.D / S.P.A.S – C.G. 93

Professeur Anne-Marie OBRY-MUSSET - U.F.R d'Odontologie - Université Strasbourg I

Docteur Mourad SOUAMES - U.F.R d'Odontologie - Université Paris VII

Docteur Stéphanie TUBERT - U.F.R d'Odontologie - Université Clermont I

# *2<sup>e</sup> journée de santé publique dentaire*

*Quelle santé publique dentaire,  
pour quel système de santé ?*

Direction de la Prévention et de l'Action sociale  
Direction des Interventions de Santé

**Mission bucco-dentaire**

13/15, rue Gustave Eiffel - 94000 CRÉTEIL

Téléphone : 01 43 99 78 40

e-mail : mbd.dis@cg94.fr



*La deuxième journée de Santé publique dentaire a confirmé par la forte participation du public ainsi que par sa diversité, l'intérêt que présente cette discipline pour un large éventail d'acteurs.*

*L'attention soutenue du plus grand nombre tient aussi à la qualité des intervenants et des sujets qui ont été développés tout au long de cette journée montrant, s'il le fallait, le vaste champ des préoccupations de ses acteurs mais aussi de leur expérience.*

*Dans ce contexte, la présence remarquable et remarquable du Professeur PETERSEN à cette manifestation, est sans conteste un encouragement de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à poursuivre sur cette voie et c'est le sens du premier Prix étudiant remis à cette occasion pour marquer notre volonté d'ancrer ce projet parmi ceux et celles qui vont œuvrer au devenir de cette discipline.*

*En acceptant d'ouvrir cette journée, au côté de la Présidence scientifique qui a su nous proposer un programme de qualité, la Direction générale de la Santé a voulu manifester son attachement à la santé bucco-dentaire*

*et saluer le travail entrepris par le Département dans ce domaine.*

*Que de toute cette activité naisse, comme cela avait été souhaité en 2001, la toute jeune Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire (ASPBD), présidée par le Professeur ROTH, rien de plus naturel. De même il lui revient, tout naturellement, de prendre, dès 2003, le relais de l'action du Département du Val-de-Marne en cogérant cette manifestation dans les années à venir.*

*Pour notre part, nous vous invitons à rejoindre l'ASPBD et à l'aider à élargir le nombre ainsi que la diversité de ses acteurs, pour donner à la Santé publique bucco-dentaire toute la place qu'elle se doit de prendre en France comme au-delà de nos frontières puisque cette année encore, des ami(e)s de nombreux pays et continents, ont fait le voyage pour participer à cette journée et contribuer à la fondation de cette nouvelle association.*

*Nous espérons donc compter sur votre soutien, ici et ailleurs, pour faire connaître le prochain colloque qui se tiendra, cette année encore, à Créteil le 6 novembre 2003 et bien entendu y participer comme auditeur ou comme intervenant.*

**Dr Fabien COHEN**

*Coordinateur de la mission bucco-dentaire du Val-de-Marne*

# SOMMAIRE

## **Ouverture de la journée** 9

*Alain DESMAREST, premier vice-président du Conseil général du Val-de-Marne  
Dr Mireille FONTAINE, chef du bureau de la qualité des pratiques - Direction générale de la Santé  
Pr Maurice MORENAS, doyen de la faculté de chirurgie dentaire – Université Clermont I*

## **Protection sociale et comportements dans le recours aux soins** 12

### *Les caractéristiques socio-démographiques du recours aux soins bucco-dentaires synthèse des travaux du CREDES* 12

*Thierry ROCHEREAU, chargé de recherche, Martine BROÏDO, attachée de recherche. CREDES*

### *Accès aux soins des bénéficiaires de la CMU dans le département des Côtes-d'Armor* 23

*Dr Jacques MELET, chirurgien dentiste conseil - Échelon local du service médical des Côtes-d'Armor - CNAMTS*

### *Protocole et modalités de la prise en charge complémentaire à la CMU des bénéficiaires du RMI par le service RMI du Conseil général du Val-de-Marne* 26

*Dr Sophie DE MEURON, mission bucco-dentaire - Conseil général du Val-de-Marne*

## **Comparaison des systèmes de santé dentaire de différents pays européens** 30

*Pr Poul-Erik PETERSEN, directeur du programme global de santé bucco-dentaire - OMS - Genève*

## **Politique de prévention pour les 0-18 ans** 38

### *Ouverture* 38

*Dr Brigitte SANDRIN BERTHON, chargée de mission - INPES*

### *État bucco-dentaire chez des enfants de 7 ans affiliés à la MSA données nationales et disparités régionales* 39

*Dr Laure MISRAHI, chargée d'études - Centre de recherches économiques sociologiques et de gestion - Lille*

### *La santé bucco-dentaire des jeunes franciliens de moins de 20 ans* 42

*Dr Evelyne BAILLON-JAVON, chef de projet déléguée - Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Île-de-France*



<i>Le plus grand cabinet dentaire du monde prévention et thérapeutique pour 270 000 écoliers</i>	<b>45</b>
<i>Pr Paul RIORDAN, expert en santé publique. Service dentaire scolaire - Perth - Australie Occidentale</i>	
<i>Sucres, Substituts du sucre</i>	
<i>Quelles sont les nouvelles perspectives en matière de prévention de la carie dentaire</i>	<b>49</b>
<i>Pr Daniel KANDELMAN, directeur du département de santé buccale - Faculté de médecine dentaire - Université de Montréal</i>	
<b>Santé bucco-dentaire et personnes âgées dépendantes</b>	<b>54</b>
<i>Ouverture</i>	<b>54</b>
<i>Dr Olivier HENRY, chef du service de gérontologie - Hôpital Emile Roux - Limeil-Brévannes 94</i>	
<i>État de santé bucco-dentaire des personnes âgées hébergées en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes</i>	<b>55</b>
<i>Dr Martine DORIN, chirurgien dentiste conseil chef de service - Échelon local du service médical de l'Essonne - CNAMTS</i>	
<i>Perte d'autonomie et état de santé bucco-dentaire des personnes âgées</i>	<b>57</b>
<i>Dr Sylvie CADOT, épidémiologiste - Caisse primaire d'Assurance maladie de Paris</i>	
<i>Santé bucco-dentaire chez la personne âgée en institution mise en place d'un protocole de prise en charge</i>	<b>58</b>
<i>Dr Jean-Louis COEURIOT, maître de conférences - UFR d'Odontologie - Université de Reims</i>	
<i>Évaluation de l'impact d'une intervention de sensibilisation aux soins de bouche et au brossage de dents, réalisée auprès du personnel d'un Centre de Long Séjour</i>	<b>60</b>
<i>Dr Philippe CHARRU, chef du service de gérontologie - Hôpital Louis Mourier - Colombes 92</i>	
<b>1<sup>er</sup> Prix étudiant de Santé publique dentaire</b>	<b>64</b>
<b>Clôture de la journée</b>	<b>66</b>
<i>Dr Brigitte SANDRIN BERTHON, maître de conférences - Université catholique de Louvain</i> <i>Yves TALHOUARN, directeur général adjoint en charge de la Direction de la Prévention et de l'Action sociale du Conseil général du Val-de-Marne.</i>	





# Ouverture de la journée

Alain DESMAREST,  
Premier vice-président du Conseil général du Val-de-Marne

« En ouvrant l'an passé la première Journée de santé publique dentaire, le président du Conseil général faisait le pari qu'elle constituerait un événement marquant. Je crois en effet que l'impact de ce colloque a été très important, ce qui nous conforte dans notre objectif initial d'en faire un rendez-vous annuel. Il faudrait d'ailleurs parler de deux rendez-vous annuels marquants pour la santé publique dentaire : la journée en elle-même mais aussi la parution des actes qui ont vocation à devenir un document de référence pour les professionnels. Je suis donc particulièrement heureux de vous accueillir à cette deuxième journée et je remercie les professionnels qui ont accepté d'y présenter leurs travaux. Je voudrais saluer particulièrement Madame FONTAINE de la Direction générale de la Santé, dont la présence est un signe fort en direction de la santé dentaire, afin qu'elle prenne enfin la place qui doit être la sienne au sein du système de santé français. Elle nous donnera, je suppose, les orientations actuelles, notamment en matière de prévention, dont vous connaissez l'efficacité si elle est menée avec méthode et détermination. C'est ce que nous essayons de faire dans ce département.



Je souhaite également dire notre reconnaissance aux professionnels venus d'autres pays, parfois de l'autre bout du monde, pour leur présence et leur participation active. Je suis sûr qu'ils auront beaucoup à nous apprendre ; c'est donc avec modestie, mais impatients de connaître leurs expériences, que nous les écouterons.

Je vois dans votre participation à tous une nouvelle manifestation d'intérêt voire, pour certains d'entre vous, de soutien à notre engagement indéfectible en faveur d'une meilleure santé dentaire dans le Val-de-Marne.

Le programme que vous propose le comité scientifique, animé avec brio par le docteur Fabien COHEN, est particulièrement chargé. Je ne vous donnerai donc que de brèves indications sur le projet de mise en place d'un réseau social dentaire, adopté lors de notre dernière séance au Conseil général.

L'an dernier le président disait son incompréhension face au refus du Fonds d'aide à la qualité des soins en ville d'accorder son agrément au réseau. Ce projet territorialisé vise pourtant à aider l'usager en situation de fragilité ou de précarité sociale à accéder à la prévention et aux soins dentaires par un accompagnement individualisé et personnalisé. Le réseau mobilisera de nombreux acteurs et facilitera ainsi une meilleure articulation des interventions, qu'elles émanent de partenaires du champ médical ou œuvrant dans l'action sociale. Soulignons à cet effet l'implication positive aussi bien de huit hôpitaux val-de-marnais – dont six appartiennent à l'Assistance publique – que de nombreux chirurgiens dentistes exerçant en cabinets de ville.

Nous avons maintenant bon espoir que ce projet voit le jour. Nous avons en effet déposé un dossier en ce sens auprès de la Commission Régionale des Réseaux.

Je profite de votre présence, Madame la représentante du Directeur général de la Santé, pour vous demander d'étudier notre dossier afin que les représentants de l'État lui réservent un accueil attentif et lui donnent une suite positive.

Je vous souhaite à tous de bons et fructueux travaux. Je ne doute pas que nous nous retrouverons l'an prochain, à Créteil, pour une troisième journée. »

Dr Mireille FONTAINE

*Chef du bureau de la qualité des pratiques -  
Direction générale de la Santé*



*Je représente ce matin le professeur Lucien ABENHAIM, Directeur général de la Santé. Retenu par des questions de sécurité sanitaire il m'a chargé de vous dire qu'il regrettrait infiniment de ne pouvoir être parmi vous, parce qu'il a une écoute toute particulière sur les questions de Santé publique dans le domaine de la santé bucco-dentaire.*

*Je voudrais d'abord saluer l'œuvre accomplie par la Mission bucco-dentaire du Val-de-Marne, et souligner l'implication du Conseil général depuis plus de dix ans avant de tracer quelques perspectives à l'échelon des pouvoirs publics.*

*Cette Mission bucco-dentaire a été créée en 1991 à l'instigation du docteur COHEN, "chirurgien dentiste de santé publique" comme il aime le dire, sur la base d'une étude sur la promotion de la santé bucco-dentaire et la réduction des inégalités*

*sociales. Elle mène des actions de terrain en partenariat avec d'autres acteurs, ce que le réseau, dont vous venez de parler, montre bien. Parallèlement la Mission évalue, ce qui est important pour nous, les actions de santé publique – principalement en direction des enfants - et fait des travaux épidémiologiques.*

*Cela a été rappelé tout à l'heure, votre 1<sup>re</sup> journée de santé publique dentaire, l'an passé, a été un indéniable succès. La participation avait été nombreuse, dépassant les frontières hexagonales, et la qualité des intervenants et des communications avait été soulignée. Elle fut également l'occasion de poser les premiers jalons de la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire (ASPBD) dont l'assemblée générale constitutive se tiendra après vos travaux de ce jour. Au titre des pouvoirs publics, je ne peux que saluer cette création et souhaiter vitalité et rayonnement à cette nouvelle structure.*

*Vous êtes tous des praticiens et des professionnels très au fait des problématiques de Santé publique bucco-dentaire aussi je voudrais simplement mettre en exergue trois dispositions législatives récentes qui vont contribuer à améliorer la santé bucco-dentaire de la population.*

*A la suite d'un rapport confié à Monsieur Michel YAHIEL, Inspecteur général des affaires sociales, intitulé "lignes directrices pour une réforme dentaire" il a été décidé dans la loi de finance de la Sécurité sociale de 2002*

*de rendre obligatoires deux examens bucco-dentaires de prévention aux âges importants de 6 et 12 ans. Ces examens ne donneront pas lieu à contribution de la part des familles et les soins conservateurs consécutifs seront dispensés de l'avance de frais. Pour renforcer la collaboration des différents intervenants auprès des enfants, notamment les pédiatres et les services de santé scolaire, le praticien devra attester sur le carnet de santé de l'enfant que ces examens ont été pratiqués et indiquer le bilan des soins éventuellement nécessaires. Cet examen doit en effet être suivi au besoin de soins précoces.*

*Vous savez par ailleurs que le Parlement a adopté le 4 mars 2002 une loi dite "Droit des malades et qualité du système de Santé", qui prévoit la création de l'Institut national de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Cet institut trouvera à n'en point douter des applications dans le domaine bucco-dentaire. La politique de santé repose maintenant sur une définition de la prévention et de la promotion de la santé publique, qui est dans le droit fil de la Charte d'Ottawa, à laquelle on a donné une base législative : la politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladies et d'accidents. Cette politique donne donc à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé.*

*L'Institut national de Prévention et d'Éducation pour la Santé assumera également une mission d'expertise et de conseil. Il assurera le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire, en tant que mission de service public. Il mettra bien évidemment en œuvre, pour le compte de l'État ou de ses établissements publics, les programmes de prévention. Il assurera enfin les missions de documentation, de mise au point de référentiels de bonne pratique et de production d'avis si besoin est, à la demande du ministre de la Santé.*

*C'est donc à juste titre que la Mission bucco-dentaire pourra lui faire connaître ses travaux. Ils constitueront certainement un apport important au travail de ce futur institut.*

*J'évoquerai enfin le projet de loi de programmation quinquennale en santé publique que le ministre souhaite voir discuter au Parlement au cours du premier semestre 2003. Il s'agit d'un projet de loi de programmation, c'est-à-dire qu'il comportera des programmes quinquennaux de santé publique. Cette loi a pour objectif de construire une politique de santé équilibrée entre prévention, soins, réadaptation, en plaçant comme prioritaires les objectifs de prévention primaire et secondaire. Le système a trop longtemps été curatif et il faut désormais redonner à la prévention la place qui doit être la sienne.*

*"Conserver ses dents toute sa vie" : tel était l'objectif ambitieux inscrit dans le rapport de Monsieur Michel YAHIEL et vers lequel chacun d'entre nous doit tendre. Vous êtes tous ici des partenaires très engagés dans de multiples actions de santé publique et je sais que vous apporterez à cette tâche votre savoir, votre expérience et votre enthousiasme.*





## Pr. Maurice MORENAS

Doyen de la faculté de chirurgie dentaire de Clermont-Ferrand

« La santé publique bucco-dentaire constitue de fait la première étape de la santé publique en général.

La capacité de chacun à bien se nourrir est finalement la première condition pour atteindre une qualité de vie et le maintien d'un bon état de santé.

D'importantes équipes travaillent en France sur la nutrition mais j'ai eu la désagréable surprise de constater que leurs préoccupations tenaient peu compte de l'état de la sphère buccale. Chercher à savoir combien de ppm (parties par million) subsistent de l'absorption d'un oligo-élément après la digestion est certainement passionnant, mais si le bol alimentaire n'a pas été transformé d'une manière physiologiquement acceptable, ce type d'études manque de reproductibilité et fait dépenser inutilement de l'énergie et de l'argent.

Une analyse bibliographique internationale ayant pour thème "Mastication et santé générale" établit une relation entre l'état de la sphère bucco-dentaire et l'état général. Chacun sait que dans une société industrielle comme la nôtre, la prévention apporte pour des patients coopérants et en bonne santé une amélioration indéniable de la qualité de vie. Mais un objectif, qui représente je crois un des fondements de la Mission bucco-dentaire du Val-de-Marne, est de ne pas laisser certaines populations à l'écart de ces progrès. Or les études épidémiologiques montrent que certaines populations de nos sociétés industrielles se retrouvent isolées de ce qui est fait. Je parle de populations défavorisées, de populations handicapées, je parle de gens présentant des troubles liés à des cancers oro-faciaux pour lesquels le rendu d'une capacité masticatrice est extrêmement difficile...

Comment être efficace alors ? La Conférence des Doyens d'Odontologie, a mis en place une Commission de santé publique ; nous partageons et soutenons les orientations de la Mission du Val-de-Marne. Cette dernière entend en effet mettre l'usager au centre des actions de santé publique. Par ailleurs elle a l'ambition forte du travail en partenariat, des collaborations, de l'échange d'informations. Nous devons chercher ensemble à partager nos informations avec l'ensemble des acteurs de la santé mais aussi les acteurs sociaux, économiques et politiques. Sans l'appui de ces deux derniers, il est difficile de faire aboutir les dossiers.



Le développement des connaissances est une des missions fondamentales des structures hospitalo-universitaires, avec pour impératif absolu d'éviter les "pensées uniques", les idées reçues. Il est courant par exemple d'associer automatiquement brossage et prévention. Or, un interne de Montrouge montrait il y a moins d'un mois, au travers de son mémoire terminal sur les atteintes non-carieuses des tissus durs minéralisés, qu'il faut déconseiller à une personne venant de boire un verre de Coca-Cola de se brosser les dents tout de suite après. Ce liquide à la propriété d'attaquer la surface minérale et un brossage intensif immédiat provoquera une érosion inutile des dents. Ainsi, contrairement à une idée répandue, il faut prendre en compte la nature et les effets des aliments ingérés et ne plus indiquer aveuglément le brossage. Un autre exemple est la fluoruration. Le titane est un matériau très résistant à la corrosion. Or des travaux ont montré qu'il était attaqué en présence de fluor à un pH peu acide (3,5). Cela veut dire que contrairement au reste de la population on se doit de déconseiller la fluoruration chez les porteurs d'implants.

René DUBOS, bactériologiste américain trop méconnu en France, a dit un jour : "Il faut penser globalement et agir localement", ce qui est l'équivalent du célèbre "E = mc<sup>2</sup>". Cela s'applique au domaine de la santé publique tout autant qu'à celui de la politique en terme de citoyenneté et de gestion de la cité.

Je souhaiterais poser une question. Chacun sait que l'implant est apprécié en France comme un acte hors nomenclature qui coûte très cher. Or certains pays réalisent systématiquement une stabilisation des prothèses mandibulaires par des implants en cas d'édentement complet du patient. Cette méthode donne d'excellents résultats en matière de retour des capacités masticatrices. L'apport en confort et en qualité de vie de ce type d'opérations génère d'autres économies pour ce type de patients. Peut-on dès lors imaginer qu'une étude épidémiologique s'intéresse de plus près à cette économie potentielle ?

J'exprimerai pour terminer le vœu que ces journées perdurent et que vos travaux soient les plus fructueux possibles.

Créer une association est souvent facile, la faire durer et progresser l'est beaucoup moins. La nombreuse assistance d'aujourd'hui et la qualité des intervenants montrent que vous êtes sur la bonne voie.

# Protection sociale et comportements

## dans le recours aux soins

### Les caractéristiques socio-démographiques du recours aux soins bucco-dentaires : synthèse des travaux du CREDES

Thierry ROCHEREAU  
*Chargé de recherche CREDES*

Martine BROÏDO  
*Attachée de recherche CREDES*

Nous répondons aujourd'hui à la demande du comité scientifique de cette journée de faire la synthèse des données actuellement disponibles au CREDES sur la santé bucco-dentaire et en particulier sur le recours au chirurgien dentiste.

En introduction, nous vous livrerons quelques données de cadrage sur la démographie médicale française ainsi que sur la consommation de soins dentaires tirées du logiciel Éco-Santé.

Dans les trois premières parties de notre synthèse, issues de l'enquête SPS (Santé et Protection Sociale) menée tous les ans au CREDES auprès d'un échantillon représentatif des assurés sociaux en France, nous décrivons les caractéristiques socio-démographiques de l'état de santé bucco-dentaire, du recours aux soins et du renoncement aux soins.

Une quatrième partie présentera quelques travaux, notamment sur la Couverture maladie universelle (CMU) et les populations défavorisées.

L'évolution des effectifs de chirurgiens dentistes depuis le début des années 80 montre une forte augmentation en début de période qui se tasse ensuite et un début de décroissance à partir de l'année 2000. On dénombre aujourd'hui en France un peu moins de 37 000 chirurgiens dentistes. Parmi eux, on note une croissance continue de la part des femmes : environ 23 % dans les années 80 contre plus de 30 % aujourd'hui.

Pour l'année 2001, la consommation médicale totale en France a représenté environ 131 milliards d'euros, 34 milliards étant consacrés aux soins ambulatoires et 7 milliards aux soins dentaires, soit environ 6 % de la consommation médicale totale et 20 % de la consommation de soins ambulatoires. La croissance annuelle de la consommation des soins ambulatoires a été de 6 % entre 1960 et 1980, avec actuellement une stabilisation de cette consommation, alors que dans le même temps celle des soins dentaires était de 2 % hors inflation. La part des soins dentaires dans les soins ambulatoires diminue de façon continue depuis les années 70.

Dans la répartition des dépenses de soins dentaires entre soins conservateurs, orthodontiques et prothétiques la part de ces derniers décroît légèrement de façon continue depuis les années 80 sauf en 2001 qui voit une forte augmentation due à la prise en charge des Inlays cores.

Dans la répartition des dépenses de santé par grandes catégories de diagnostics les affections de la bouche et des dents apparaissent de fait en troisième position – derrière les maladies de l'appareil circulatoire et les troubles mentaux –, avec environ 6 % de la consommation médicale totale. Ceci dit, 17 % des dépenses n'ont pu être réparties et il est possible que ces 6 % soient légèrement surévalués.



Le travail qui va maintenant être exposé n'a jamais été mené avant, il a été spécifiquement réalisé pour être présenté aujourd'hui. Pour aller au fond de l'analyse et distinguer les caractéristiques socio-démographiques ayant un réel effet en tant que telles sur l'état de santé et le recours aux soins il aurait fallu faire des analyses multivariées plus complètes que nous n'avons pas eu le temps de faire. Nous vous proposerons donc de simples croisements, qui permettent tout de même des descriptions intéressantes.

L'enquête SPS est représentative à l'échelle nationale des ménages dont au moins un membre est assuré soit au régime général, soit à la MSA, soit à la CANAM, ce qui représente plus de 95 % des ménages français. Elle est réalisée par le CREDES tous les deux ans depuis 1998 et a été réalisée annuellement de 1989 à 1996. Les données présentées dans ce document sont issues de l'enquête 2000 qui porte sur 20 045 personnes.

## Caractéristiques socio-démographiques de l'état de santé bucco-dentaire

Dans l'enquête SPS une question posée aux personnes permettait de les ranger dans 4 catégories :

- ◆ Ayant toutes les dents en bon état.
- ◆ Ayant perdu des dents remplacées par des prothèses.
- ◆ Ayant perdu des dents non remplacées par des prothèses avec un nombre de dents restantes suffisant pour mastiquer.
- ◆ Ayant perdu toutes ou presque toutes leurs dents non remplacées par une prothèse.

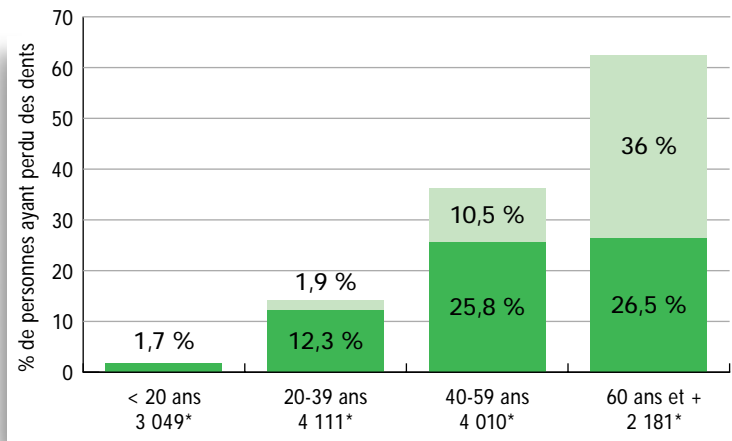
13 351 personnes ont répondu à cette question dans l'enquête.

La proportion de personnes ayant des dents manquantes non remplacées est pratiquement égale pour les femmes et les hommes.

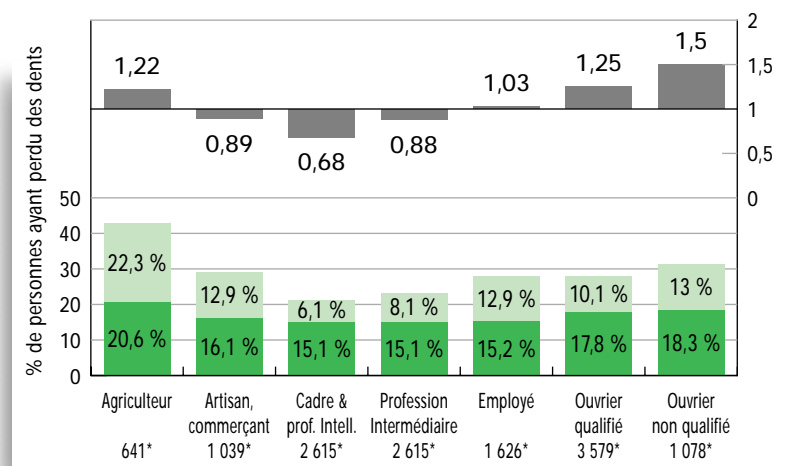
La proportion de personnes ayant des dents manquantes non remplacées augmente avec l'âge avec parallèlement un accroissement de la part des personnes totalement, ou presque, édentées. Chez les plus de 60 ans, 63 % des personnes déclarent des dents manquantes non remplacées (fig 1).

L'analyse en fonction des catégories socio-professionnelles (de la personne de référence du ménage) fait apparaître une augmentation du

**fig 1- Pourcentage de personnes ayant des dents manquantes non remplacées, selon l'âge**



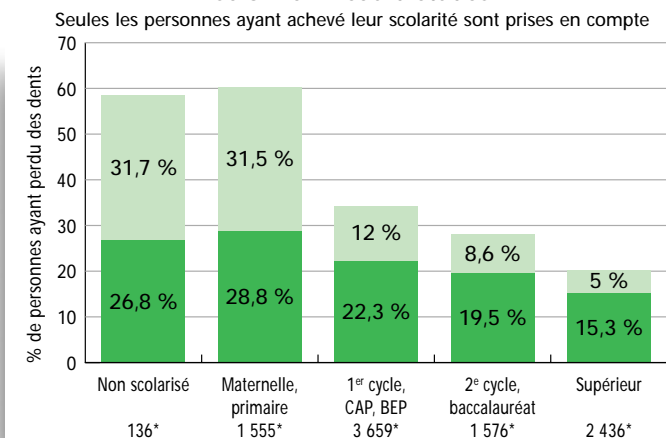
**fig 2- Pourcentage de personnes ayant des dents manquantes non remplacées, selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du ménage**



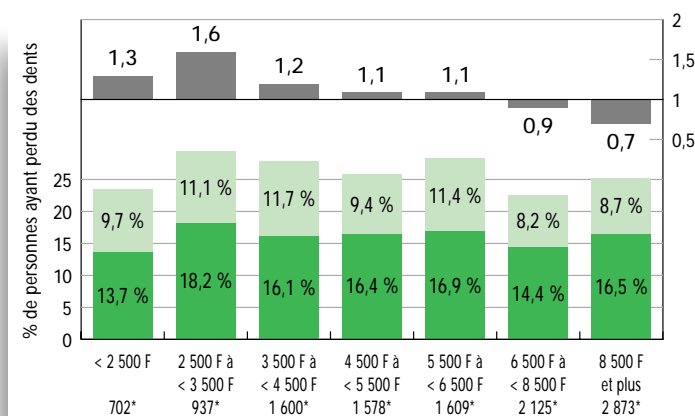
pourcentage de personnes ayant des dents manquantes non remplacées en descendant l'échelle sociale, la population des agriculteurs semblant toutefois à part, comme celle des artisans et commerçants qui constitue une catégorie hétérogène difficile à interpréter. L'ensemble des résultats présentés sont aussi valides quand on compare les groupes de population à structure d'âge et sexe identique (fig 2).

**Légende**  
 ■ Perdu une partie des dents  
 ■ Perdu toutes ou presque toutes les dents  
 ■ Indice à âge comparable  
 \* Nb de personnes interrogées  
 Sources CREDES, données de l'enquête Santé et Protection sociale 2000

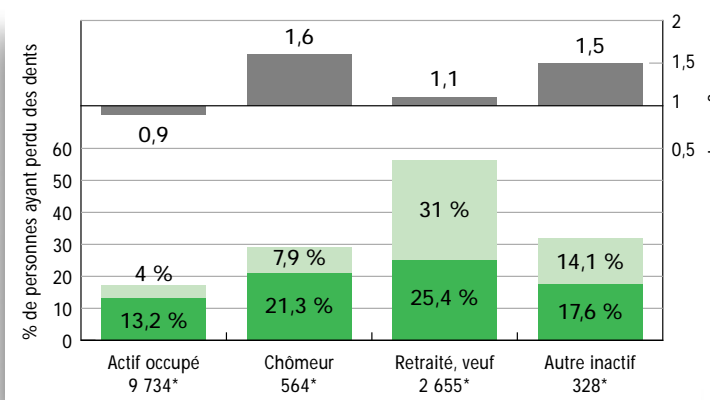
**fig 3- Pourcentage de personnes ayant des dents manquantes non remplacées, selon le niveau d'études**



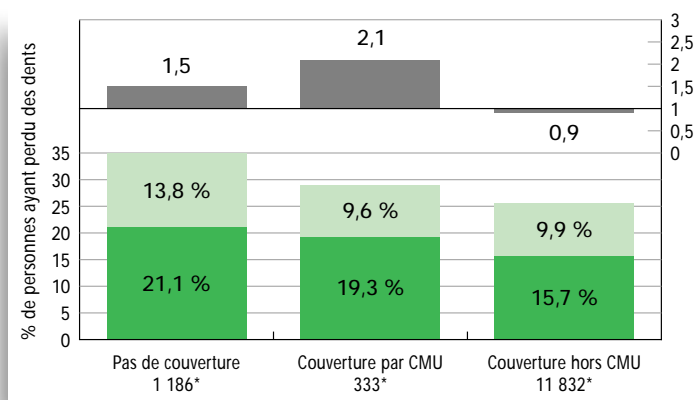
**fig 5- Pourcentage de personnes ayant des dents manquantes non remplacées, selon le revenu par unité de consommation du ménage**



**fig 4- Pourcentage de personnes ayant des dents manquantes non remplacées, selon l'occupation principale de la personne de référence du ménage**



**fig 6- Pourcentage de personnes ayant des dents manquantes non remplacées, selon la couverture complémentaire**



L'analyse selon le niveau d'étude montre que le pourcentage de personnes ayant des dents manquantes non remplacées diminue avec l'augmentation du niveau de diplôme (fig 3).

La proportion d'individus ayant des dents manquantes non remplacées est nettement moins importante chez les actifs occupés que chez les chômeurs et les inactifs (fig 4).

L'incidence du revenu par unité de consommation du ménage ne paraît pas à première vue significative. Ceci est simplement dû au fait que les catégories à faibles revenus

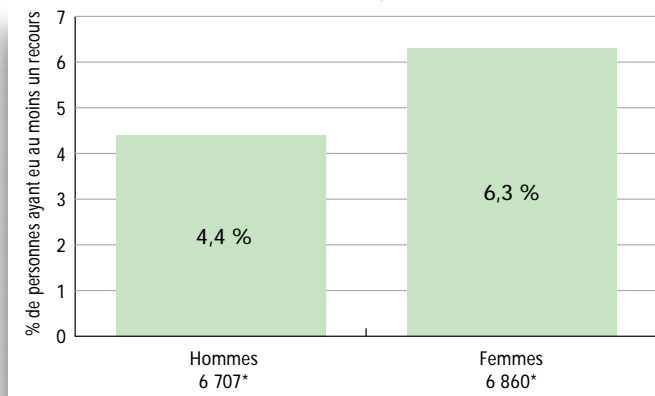
sont celles où figurent les personnes les plus jeunes. En neutralisant cette composante d'âge, on s'aperçoit que plus le revenu est fort, plus l'état de santé bucco-dentaire a de chances d'être satisfaisant (fig 5).

Quand nous prenons en compte la couverture complémentaire nous distinguons 3 catégories : les gens sans couverture, avec une couverture CMU et avec une couverture hors CMU. Dans ce cas là également nous devons faire un contrôle par âge car la présence de nombreux jeunes dans la population CMU égalise les données brutes. En prenant en compte l'âge il apparaît que les gens ayant une couverture hors CMU présentent en moyenne un meilleur état bucco-dentaire et que c'est chez les bénéficiaires de la CMU que l'on trouve la plus grande proportion de personnes avec des dents manquantes non remplacées (fig 6).

**Légende**  
 ■ Perdu une partie des dents  
 ■ Perdu toutes ou presque toutes les dents  
 ■ Indice à âge comparable  
 \* Nb de personnes interrogées  
 Sources CREDES, données de l'enquête Santé et Protection sociale 2000

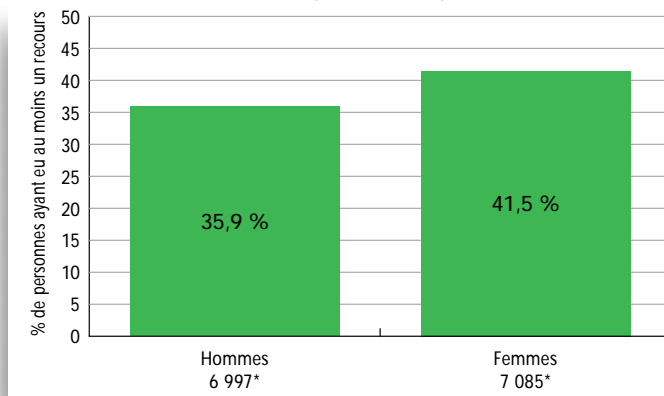
**fig 7- Recours au dentiste, selon le sexe**

Pourcentage de personnes ayant eu recours au dentiste durant le mois de l'enquête SPS 2000



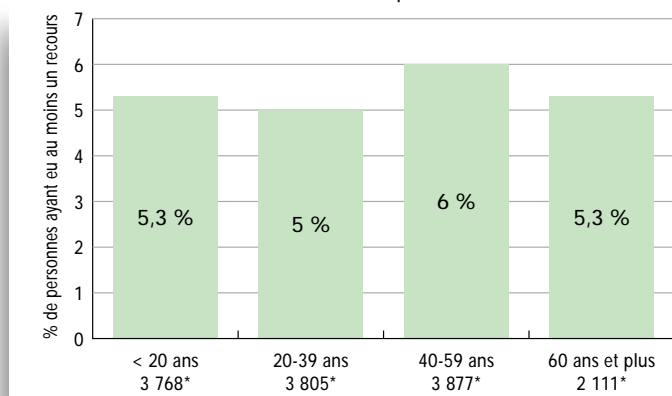
**fig 8- Recours au dentiste à titre préventif, selon le sexe**

Pourcentage de personnes déclarant un recours au cours des 12 mois précédant l'enquête SPS 2000



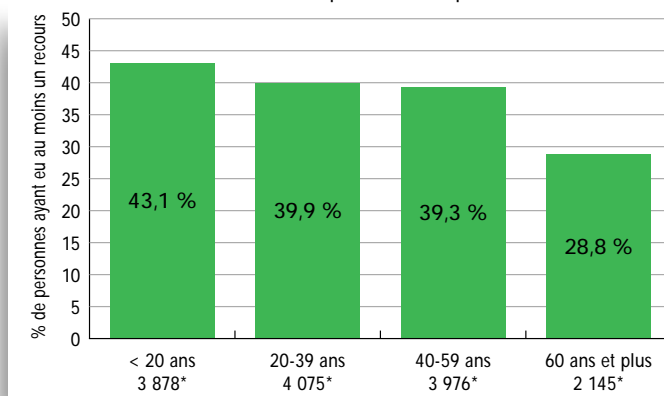
**fig 9- Recours au dentiste, selon l'âge**

Pourcentage de personnes ayant eu recours au dentiste durant le mois de l'enquête SPS 2000



**fig 10- Recours au dentiste à titre préventif, selon l'âge**

Pourcentage de personnes déclarant un recours au cours des 12 mois précédant l'enquête SPS 2000



## Les caractéristiques socio-démographiques du recours au chirurgien dentiste

L'enquête SPS examine deux types de recours.

Pour le premier les personnes notent sur un carnet de soins les soins reçus pendant un mois d'enquête. (13 567 réponses exploitées).

On sait que le carnet n'est pas très bien rempli pour les soins dentaires.

Par la suite, on pourra vérifier les résultats en recoupant avec les données de consommation de l'échantillon permanent des assurés sociaux.

Pour le second on demande aux personnes si elles ont consulté de façon préventive dans les douze mois précédant l'enquête (14 082 réponses exploitées).

C'est plus subjectif, mais cela permet d'aborder le recours préventif.

Il apparaît clairement que les femmes recourent plus que les hommes aux services des chirurgiens dentistes, la différence étant cependant moins marquante en matière préventive (fig 7, 8).

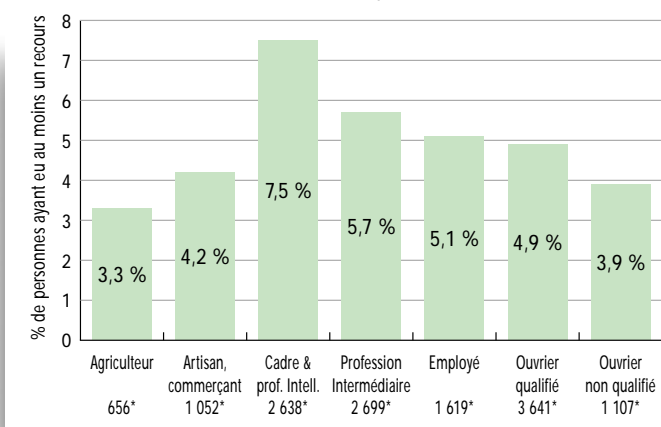
Si le recours aux soins ne dépend pas de l'âge, le recours préventif est plus important chez les jeunes et beaucoup plus faible chez les plus de 60 ans (fig 9, 10).

### Légende

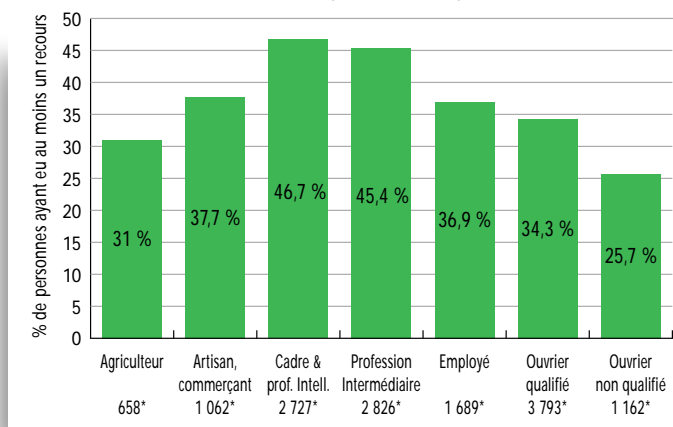
\* Nb de personnes interrogées

Sources CREDES, données de l'enquête Santé et Protection sociale 2000

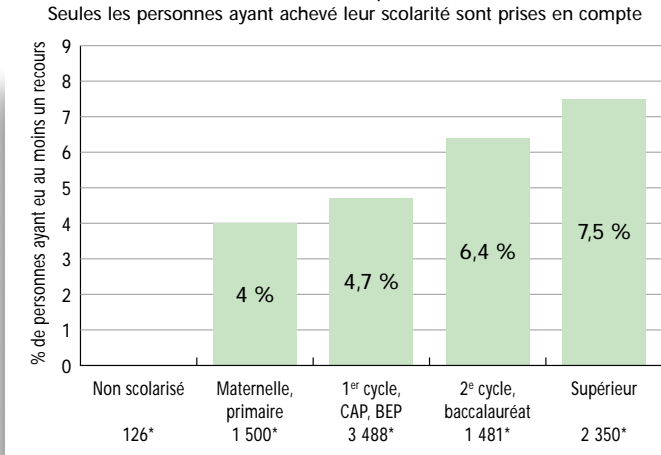
**fig 11- Recours au dentiste, selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du ménage**  
 Pourcentage de personnes ayant eu recours au dentiste durant le mois de l'enquête SPS 2000



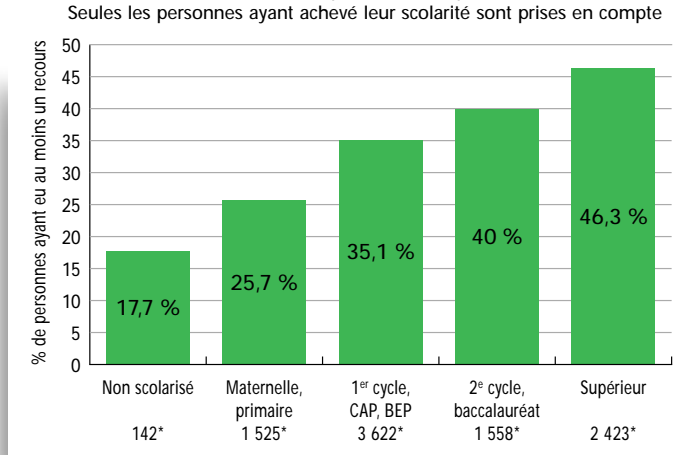
**fig 12- Recours au dentiste à titre préventif, selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du ménage**  
 Pourcentage de personnes déclarant un recours au cours des 12 mois précédant l'enquête SPS 2000



**fig 13- Recours au dentiste, selon le niveau d'études**  
 Pourcentage de personnes ayant eu recours au dentiste durant le mois de l'enquête SPS 2000  
 Seules les personnes ayant achevé leur scolarité sont prises en compte



**fig 14- Recours au dentiste à titre préventif, selon le niveau d'études**  
 Pourcentage de personnes déclarant un recours au cours des 12 mois précédant l'enquête SPS 2000  
 Seules les personnes ayant achevé leur scolarité sont prises en compte



Il y a un effet de la CSP sur le recours aux soins. Les cadres sont la catégorie faisant le plus souvent appel aux soins, les ouvriers non-qualifiés et les agriculteurs fermant la marche de ce classement. Il en va de même pour le recours préventif (fig 11, 12). Le recours semble par ailleurs augmenter fortement selon le niveau d'études, tant en soins qu'en recours préventif (fig 13, 14). La

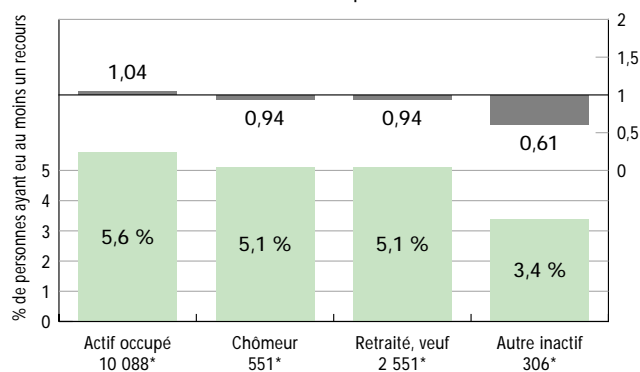
distinction actifs occupés / chômeurs semble par contre inopérante en matière de soins, les inactifs recourant moins. Par contre les actifs occupés recourent plus en préventif (fig 15, 16). Le recours aux soins diminue en général avec le revenu, sauf pour les deux tranches de revenus les plus basses. Peut-être doit-on voir dans cette dernière donnée un effet CMU mais il est encore trop tôt pour le dire. Ces populations comptent de fait beaucoup de chômeurs et l'on a vu que le recours de ces derniers était relativement important, peut-être un effet AMG ou CMU (l'enquête est réalisée en 2000), ou couverture complémentaire d'entreprise encore active et le fait également d'une plus grande disponibilité de temps pour aller consulter le dentiste. Le recours au préventif est, lui, proportionnel au revenu (fig 17, 18).

**Légende**  
 \* Nb de personnes interrogées  
 Sources CREDES, données de l'enquête Santé et Protection sociale 2000



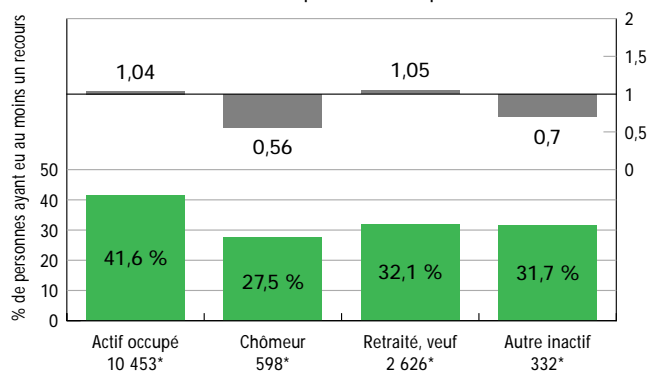
**fig 15- Recours au dentiste, selon l'occupation principale de la personne de référence du ménage**

Pourcentage de personnes ayant eu recours au dentiste durant le mois de l'enquête SPS 2000



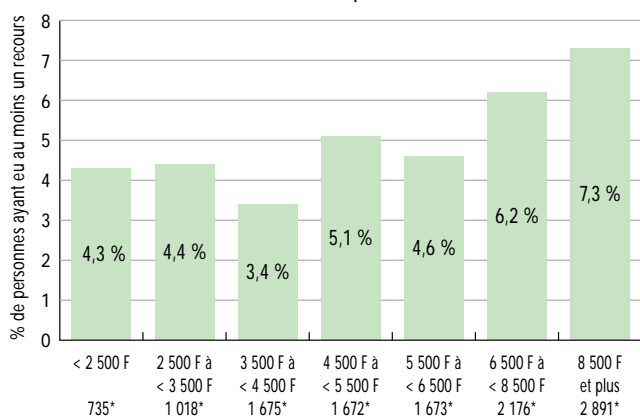
**fig 16- Recours au dentiste à titre préventif, selon l'occupation principale de la personne de référence du ménage**

Pourcentage de personnes déclarant un recours au cours des 12 mois précédant l'enquête SPS 2000



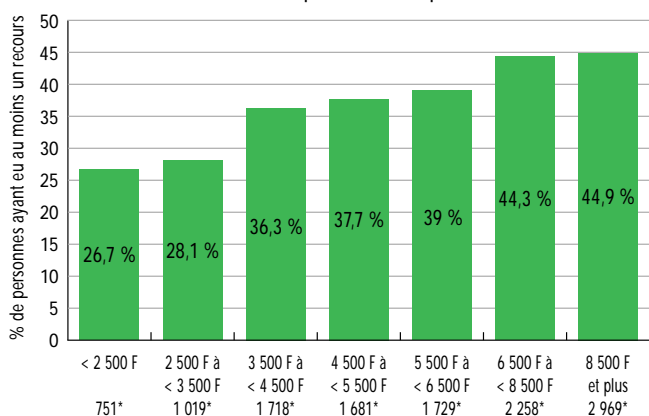
**fig 17- Recours au dentiste, selon le revenu par unité de consommation du ménage**

Pourcentage de personnes ayant eu recours au dentiste durant le mois de l'enquête SPS 2000



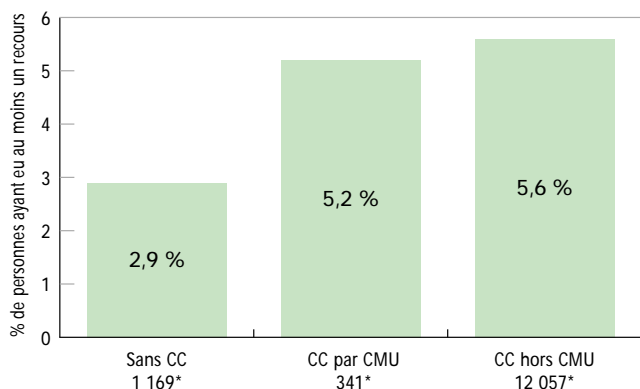
**fig 18- Recours au dentiste à titre préventif, selon le revenu par unité de consommation du ménage**

Pourcentage de personnes déclarant un recours au cours des 12 mois précédant l'enquête SPS 2000



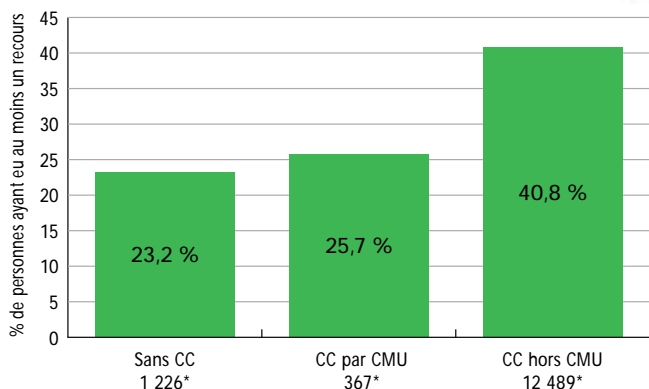
**fig 19- Recours au dentiste, selon la couverture complémentaire**

Pourcentage de personnes ayant eu recours au dentiste durant le mois de l'enquête SPS 2000



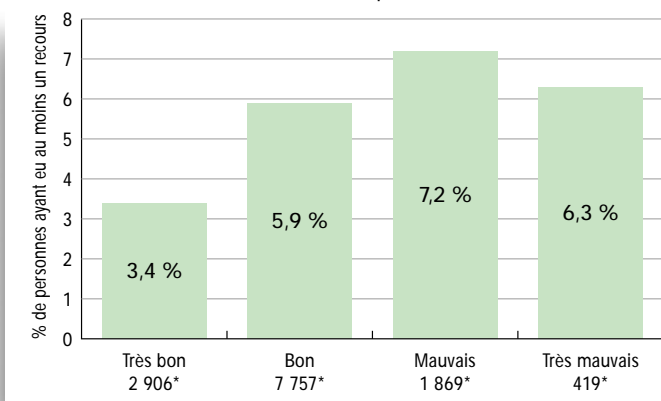
**fig 20- Recours au dentiste à titre préventif, selon la couverture complémentaire**

Pourcentage de personnes déclarant un recours au cours des 12 mois précédant l'enquête SPS 2000



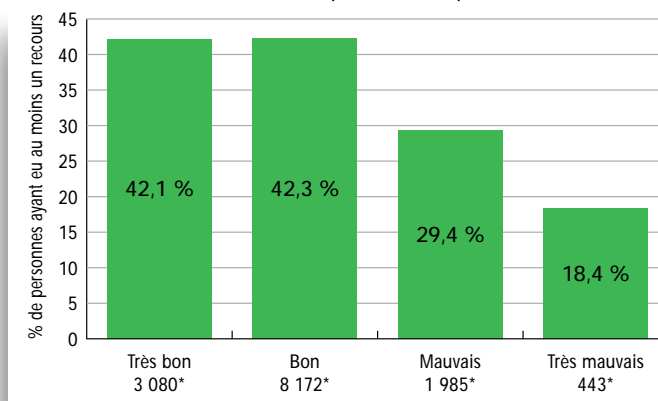
**fig 21- Recours au dentiste, selon l'état de santé dentaire ressenti**

Pourcentage de personnes ayant eu recours au dentiste durant le mois de l'enquête SPS 2000



**fig 22- Recours au dentiste à titre préventif, selon l'état de santé dentaire ressenti**

Pourcentage de personnes déclarant un recours au cours des 12 mois précédant l'enquête SPS 2000



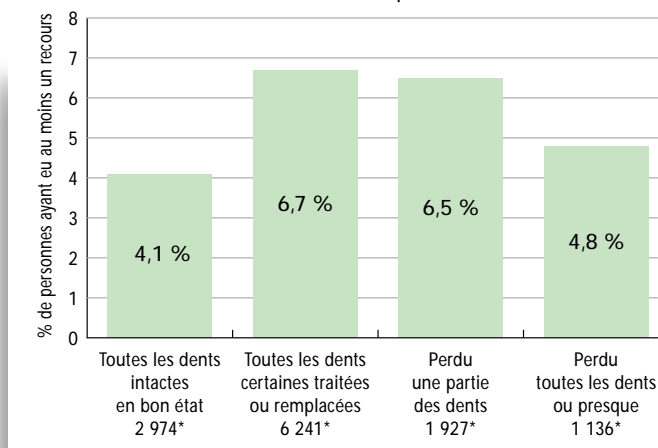
Si on prend en compte l'état de santé dentaire ressenti, ceux qui recourent beaucoup aux soins sont de fait ceux qui déclarent un mauvais état de santé dentaire. L'effet est inverse pour le recours préventif : peut-être doit-on conclure à l'efficacité de la prévention en matière dentaire (fig 21, 22)...

Les catégories ayant le plus souvent recours aux soins sont les catégories possédant un état intermédiaire de santé dentaire. A l'opposé, les personnes ayant perdu presque toutes leurs dents recourent nettement moins aux soins.

On retrouve dans cette catégorie les mêmes caractéristiques que pour les agriculteurs. Ces derniers ont en moyenne un très mauvais état de santé bucco-dentaire, tant déclaré que réel, mais recourent moins aux soins que les autres (fig 23, 24).

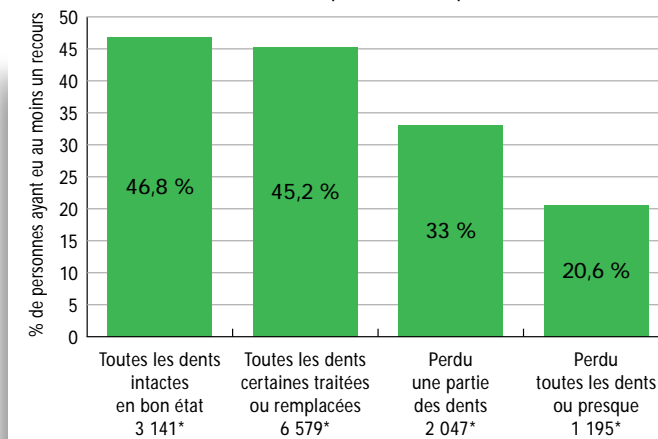
**fig 23- Recours au dentiste, selon l'état de santé dentaire**

Pourcentage de personnes ayant eu recours au dentiste durant le mois de l'enquête SPS 2000



**fig 24- Recours au dentiste à titre préventif, selon l'état de santé dentaire**

Pourcentage de personnes déclarant un recours au cours des 12 mois précédant l'enquête SPS 2000

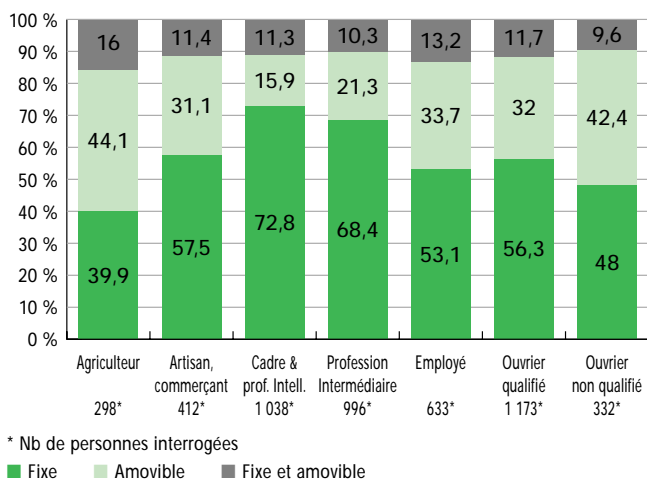


**Légende**

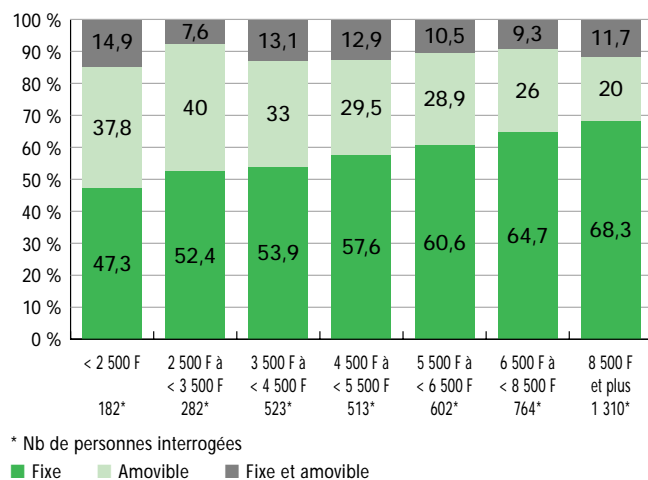
\* Nb de personnes interrogées

Sources CREDES, données de l'enquête Santé et Protection sociale 2000

**fig 25- Type de prothèse portée, selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du ménage**



**fig 26- Type de prothèse portée, selon le revenu par unité de consommation de la personne de référence du ménage**



Pour les prothèses nous avons distingué 3 types :

- ▶ fixe,
- ▶ amovible,
- ▶ fixe et amovible.

La répartition du type de prothèse varie avec la CSP. Les cadres sont la catégorie ayant le plus de prothèses fixes (73 %), cette proportion baissant à 48 % pour les ouvriers non qualifiés. De même la part des prothèses fixes augmente avec les revenus (fig 25,26).

## Les caractéristiques socio-démographiques du renoncement

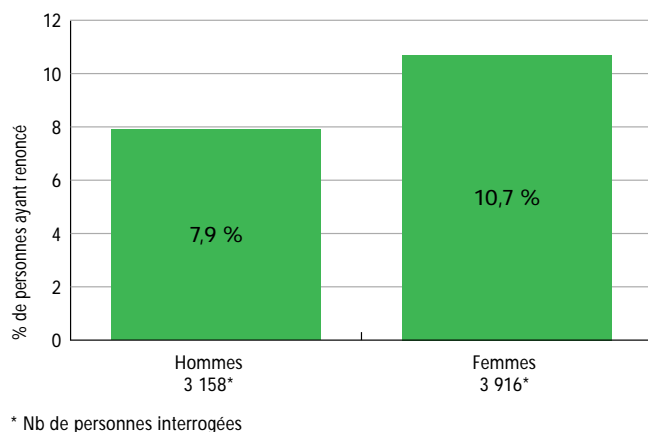
L'échantillon pris en compte ici par le CREDES comprend peu de jeunes puisqu'il s'appuie sur la personne répondant au téléphone, le plus souvent l'assuré principal (7 074 réponses). Nous avons distingué le renoncement au cours de la vie du renoncement au cours des douze derniers mois. Nous parlons bien sûr de renoncement pour raisons financières.

Globalement, 24 % déclarent avoir renoncé à des soins, quels qu'ils soient, au cours de leur vie, contre 15 % au cours des douze derniers mois. Ces chiffres sont respectivement de 17 et 10 % pour les soins dentaires.

Avec 46 %, les soins dentaires arrivent nettement en tête de ces renoncements, lunettes et lentilles

**fig 27- Pourcentage de personnes ayant renoncé à des soins ou à des prothèses dentaires, pour des raisons financières, selon le sexe**

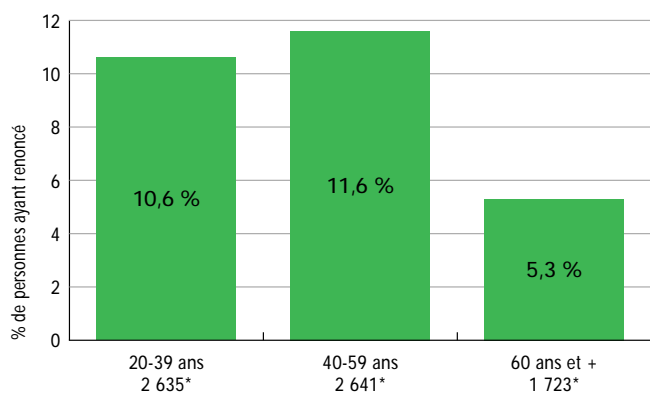
Renoncements au cours des 12 mois précédant l'enquête SPS 2000



représentant près de 20 %, l'ensemble des soins de spécialistes 11 % et les soins de généralistes 6 %.

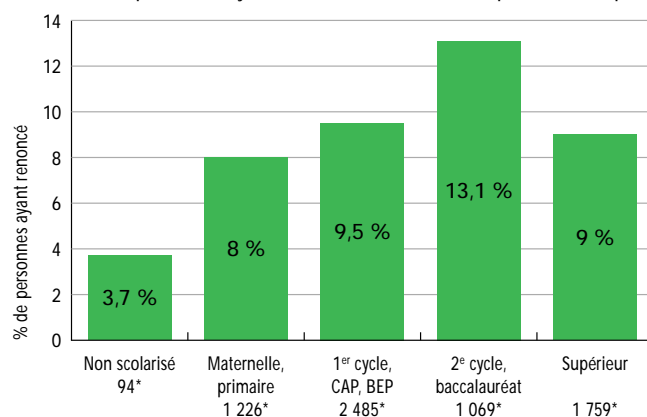
Les femmes déclarent renoncer plus que les hommes. Peut-être doit-on penser qu'elles sont plus exigeantes en matière de santé dentaire : elles déclarent plus de renoncements alors qu'elles recourent davantage (fig 27).

**fig 28- Pourcentage de personnes ayant renoncé à des soins ou à des prothèses dentaires, pour des raisons financières, selon l'âge**

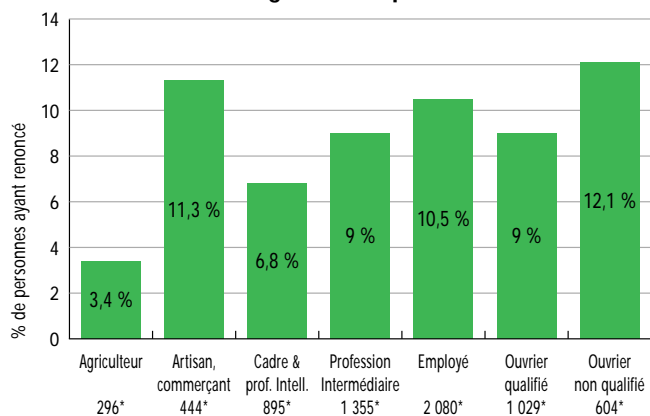


**fig 30- Pourcentage de personnes ayant renoncé à des soins ou à des prothèses dentaires, pour des raisons financières, selon leur niveau d'études**

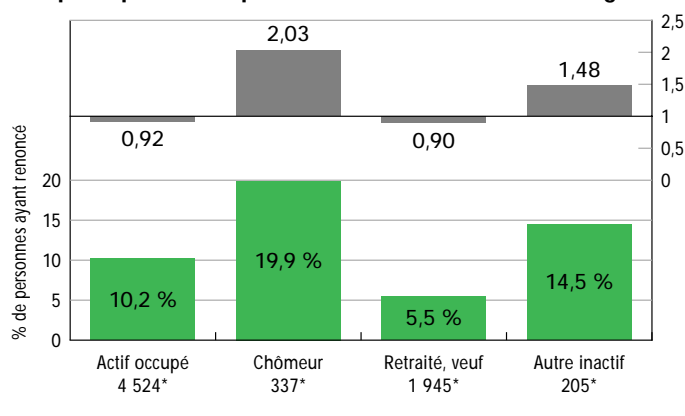
Seules les personnes ayant achevé leur scolarité sont prises en compte



**fig 29- Pourcentage de personnes ayant renoncé à des soins ou à des prothèses dentaires, pour des raisons financières, selon leur catégorie socioprofessionnelle**



**fig 31- Pourcentage de personnes ayant renoncé à des soins ou à des prothèses dentaires, pour des raisons financières, selon l'occupation principale de la personne de référence du ménage**



Le renoncement est nettement moins important pour les personnes de plus de 60 ans. Malgré un état de santé dentaire plus dégradé, ils déclarent moins renoncer (fig 28).

Il y a un gradient social du renoncement. Les catégories sociales les plus basses déclarent le plus de renoncements (fig 29). A contrario, le sentiment de renoncement augmente avec le niveau de scolarité sauf pour les plus diplômés. On peut émettre l'hypothèse d'un effet culturel ; plus le niveau de scolarité s'élève plus on porte d'attention à la santé bucco-dentaire, d'où une plus forte sensation de renoncer.

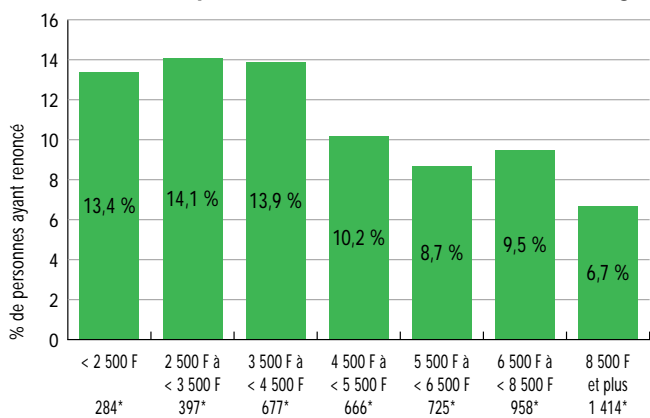
Dans les catégories les plus élevées le niveau de revenu permet d'accéder aux soins et donc de moins renoncer (fig 30).

Les actifs occupés renoncent moins et on a vu qu'ils avaient également le meilleur état bucco-dentaire. Par ailleurs plus le revenu augmente moins on renonce (fig 32).

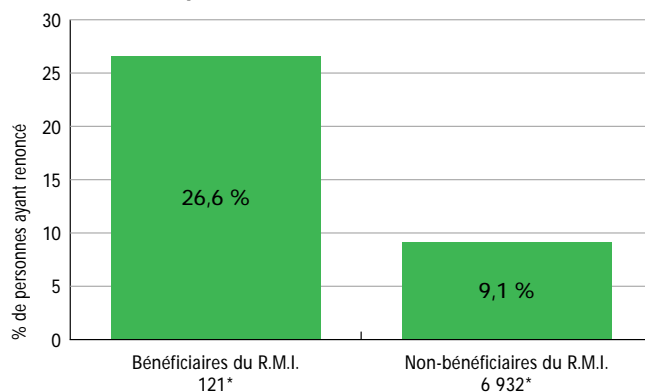
Il est difficile d'établir un lien fiable entre renoncement et CMU, l'enquête ayant été faite en 2000 : les personnes déclaraient un renoncement sur douze mois alors qu'il ne bénéficiaient d'une couverture que depuis au mieux six mois, sans compter le plafond existant à l'époque (fig 33). Très clairement en revanche, plus d'un quart des bénéficiaires du RMI déclarent avoir renoncé à des soins dentaires ces douze derniers mois (fig 34).

Le renoncement est en rapport avec l'état de santé déclaré. Plus l'état de santé est mauvais

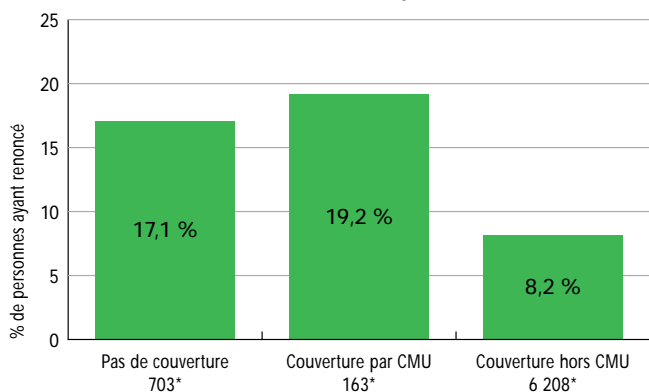
**fig 32- Pourcentage de personnes ayant renoncé à des soins ou à des prothèses dentaires, pour des raisons financières, selon le revenu par unité de consommation du ménage**



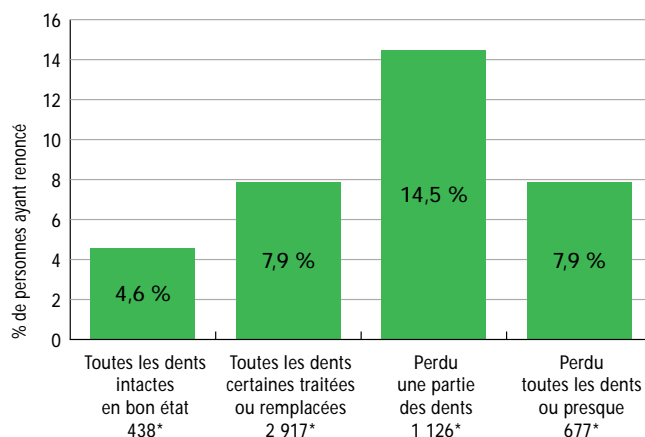
**fig 34- Pourcentage de personnes ayant renoncé à des soins ou à des prothèses dentaires, pour des raisons financières, selon qu'elles bénéficient ou non du RMI**



**fig 33- Pourcentage de personnes ayant renoncé à des soins ou à des prothèses dentaires, pour des raisons financières, selon la couverture complémentaire**



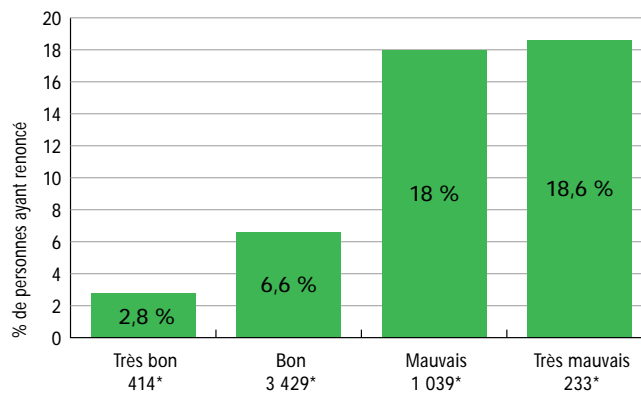
**fig 35- Pourcentage de personnes ayant renoncé à des soins ou à des prothèses dentaires, pour des raisons financières, selon leur état de santé dentaire déclaré**



plus il y a renoncement. Cependant les personnes en très mauvais état de santé bucco-dentaire déclarent moins renoncer. La santé bucco-dentaire n'est probablement pas pour elles une priorité (fig 35).

Plus l'état de santé bucco-dentaire ressenti est mauvais plus on renonce. L'état de santé ressenti n'est pas forcément en rapport avec l'état de santé réel, ce qui explique la divergence de résultat avec les personnes en très mauvais état de santé déclaré (fig 36).

**fig 36- Pourcentage de personnes ayant renoncé à des soins ou à des prothèses dentaires, pour des raisons financières, selon leur état de santé bucco-dentaire ressenti**



Renoncements au cours des 12 mois précédant l'enquête SPS 2000

**Légende**

- Indice à âge comparable
- \* Nb de personnes interrogées

Sources CREDES, données de l'enquête Santé et Protection sociale 2000

## Synthèse de divers travaux du CREDES

*Un document, élaboré à partir de l'enquête SPS 2000, portant sur la relation entre le niveau de couverture et le recours aux soins, devrait bientôt sortir.*

Dans l'enquête SPS de 1998 nous avons demandé aux personnes sondées de relever sur leur contrat d'assurance les clauses concernant le dentaire et l'optique. Ceci nous a permis de les classer en quatre catégories en fonction du niveau de couverture de ces domaines. L'effet social joue à plein dans la composition de ces groupes. Jusque-là nous n'avons pas pu faire un recoupement avec le recours aux soins.



Un second travail presque achevé porte sur l'incidence de la CMU sur le recours aux soins. Nous avons comparé, pour les personnes ayant accédé à la CMU en 2000, la consommation de soins avant la CMU sur une période de 2 ans à la consommation avec la CMU. Une distinction a été faite entre ceux qui sont entrés volontairement à la CMU et ceux qui y sont passés automatiquement. Nous avons constaté que les personnes volontaires consomment davantage, surtout si elles n'avaient pas auparavant de couverture complémentaire. Après avoir évacué l'incidence éventuelle d'une inscription à la CMU pour un besoin immédiat le constat reste le même. Ceci laisserait entendre que l'obstacle financier empêchait ces personnes d'avoir recours aux soins.

Une autre enquête sur la précarité a été menée auprès de personnes qui recouraient à des centres de santé. On repère que dès le plus jeune âge, la santé dentaire des personnes en situation précaire est très dégradée, l'écart s'amplifiant très rapidement par la suite. Parmi les personnes enquêtées dans ce cadre, trois sur cinq ont besoin de soins conservateurs et deux sur cinq de prothèses, alors que seulement 6 % viennent consulter pour des problèmes dentaires. Une personne sur trois déclare avoir consulté durant l'année écoulée – contre une sur deux en population générale –, 60 % disent n'avoir aucune prothèse ou amalgame (contre 15 % en population générale). Parmi les personnes ayant au moins trois dents manquantes, les deux tiers n'ont ni prothèse, ni amalgame et plus le besoin de soins est important, plus le recours est faible. Les problèmes financiers sont évoqués à 60 % pour expliquer le non-remplacement des dents – soit deux fois plus qu'en population générale – et 20 % estiment que les soins dentaires sont inutiles ou secondaires.

**Des entretiens qualitatifs ont été réalisés sur une partie de cet échantillon. Ils montrent que bien souvent, ces personnes attendent le dernier moment et des douleurs insupportables pour aller chez leur dentiste.**

Les problèmes dentaires sont moins fréquents chez les personnes étrangères récemment arrivées. L'hypothèse est ici que ces populations apparaissent, à âge égal, moins défavorisées que la population française, leur précarité étant principalement administrative et de fait, potentiellement temporaire. Les étrangers en situation régulière résidant depuis longtemps en France ont, quant à eux, un état de santé dentaire proche de celui des Français. Une autre enquête a été menée à Paris en 2001 auprès de jeunes (16-24 ans) sans domicile dans les centres d'hébergement et les points soupe.

36 % des jeunes hommes déclarent des dents manquantes contre 26 % des jeunes femmes. En population générale et au même âge, ce sont 2 % qui déclarent des dents manquantes. L'effet d'âge apparaît très important, surtout chez les hommes, puisque parmi les 16-18 ans, seuls 7 % déclarent des dents manquantes contre 46 % chez les 22-24 ans. L'hypothèse ici n'est pas nécessairement la dégradation de l'état de santé due à la vie dans la rue mais un changement de population. En effet, la population des 16-18 ans serait plutôt constituée de jeunes dont la précarité n'est que provisoire

(des étudiants par exemple). A partir de 18 ans, c'est une autre population parvenue à l'âge majeur, parfois rejetée de la famille pour diverses raisons qui arrive à la rue avec un état de santé dentaire déjà très dégradé.

Les jeunes qui n'ont pas de couverture sont plus nombreux à déclarer des dents manquantes.

L'effet logement semble lui aussi significatif, les jeunes vivant en abri de fortune sont plus nombreux (50 %) à déclarer des dents manquantes que ceux en logement de plus longue durée. Il y a un gradient de précarité.

Même s'ils recourent moins que les étudiants du même âge, ils sont, ce qui est une surprise 50 % à avoir consulté un chirurgien dentiste dans les 12 derniers mois. La forte proportion de jeunes sans domicile déclarant des dents manquantes suggère que le recours se fait tardivement. Peut être aussi que le contact avec l'institution au travers des centres d'hébergement favorise le recours pour certains. Pour plus de la moitié des jeunes femmes ce recours a eu lieu dans un cabinet libéral.

La CNAMTS a confié au CREDES l'évaluation sociale du Bilan bucco-dentaire (BBD). Deux variables ont joué dans la participation au dispositif : le fait d'être déjà suivi par un dentiste et la distance au cabinet dentaire. En temps normal, cette dernière variable n'a aucun effet sur le suivi des enfants mais prend toute son importance dans un dispositif ponctuel comme celui-ci. La participation globale a été de 16 %. Quand nous examinons la participation en fonction des deux variables elle décroît du groupe d'enfants suivis régulièrement par un dentiste et résidant à moins de 10 mn du cabinet dentaire (22 %) au groupe d'enfants sans suivi régulier et résidant à plus de 10 mn du cabinet (5 %).

Il existe également un effet revenu : Les catégories sociales modestes (ouvriers et employés) ont mieux participé, d'autant plus que leurs revenus étaient faibles. Ceci est plutôt positif : ces familles ont su saisir l'opportunité du Bilan bucco-dentaire.

## Conclusion

Nous savons, au niveau de l'état de santé général, que le déterminant le plus important du recours est la couverture complémentaire. Puis à couverture complémentaire contrôlée viennent le niveau de revenu et l'aspect culturel. Ces déterminants sont aussi valables pour le dentaire. Ce que l'on devrait rechercher à partir des données disponibles c'est si les écarts sociaux sont plus importants pour le dentaire que pour d'autres types de soins.

## Accès aux soins des bénéficiaires de la CMU dans le département des Côtes-d'Armor

Dr Jacques MELET

*Chirurgien dentiste conseil - Échelon local du Service médical des Côtes-d'Armor – CNAMTS*

Nous ne sommes plus ici dans le cadre d'une enquête mais dans celui d'un descriptif de ce qui peut exister dans un département comme les Côtes-d'Armor. Celui-ci compte une population CMU moindre que pour les départements situés dans la région parisienne.

L'idée est de connaître la demande de soins des bénéficiaires CMU, appréhender l'offre et vérifier que l'offre et la demande de soins concordent. Il est évident que connaître les besoins réels d'une population CMU (comme de la population en général) relève d'autres procédures, d'autres types d'études qui n'ont pas été faits jusqu'à aujourd'hui, à ma connaissance tout au moins.

Une convention SDASS a existé dans notre département à partir de 1991 et celle-ci a institué une forte implication et motivation des praticiens. Elle garantissait, à l'époque, un accès aux soins pour les bénéficiaires de la Carte Santé. Cette convention était particulièrement encadrée, peut-être davantage que ne l'est aujourd'hui la CMU, au sens où nous avons une enveloppe de dépassement limitée à un montant relativement faible. En fait, les montants accordés pour les prothèses étaient variables et pouvaient en fin d'exercice être diminués pour certains actes.

La création de la CMU – avec son panier de soins – a apporté un plus dans notre département. Certains actes comme la couronne coulée à 1 300 francs rejoignaient en effet



exactement ce que j'appellerais le "prix de marché" qui existait dans notre département pour cet acte. Nous sortions du système d'enveloppe limitée, même si la CMU prévoyait un encadrement réglementaire national. La tarification semblait favorable à l'accès aux soins et à la prise en charge des assurés CMU.

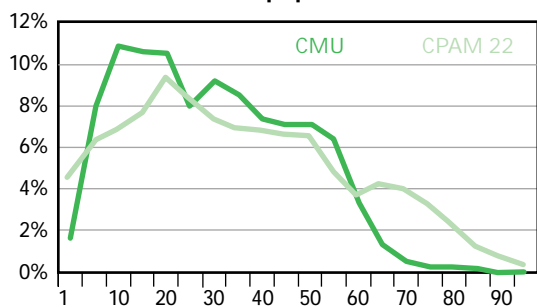
Il faut aussi souligner que nos praticiens avaient été bien formés à la procédure et demandaient systématiquement la notion d'INM lorsqu'elle semblait nécessaire. Nous l'accordions bien entendu sans retenue. Il n'existait donc pas de restriction d'accès aux soins du fait de cette limitation institutionnelle.

Nous avons utilisé une étude effectuée en 2001 sur l'intégralité des remboursements de la CPAM 22 pour comparer la situation de la population générale avec celle couverte par la CMU. Une seconde étude sur dix-huit mois nous a permis d'appréhender tous les éléments techniques ou "devis" traités par le service médical, afin d'étudier la corrélation entre l'offre et la demande.

Tout le monde sait que la population CMU est en grande partie jeune avec un pic à 10-15 ans. La

quasi totalité de la population sort du dispositif à l'âge de 60 ans pour rejoindre les prestations "retraite" classiques.

Répartition par tranches d'âge des 2 populations

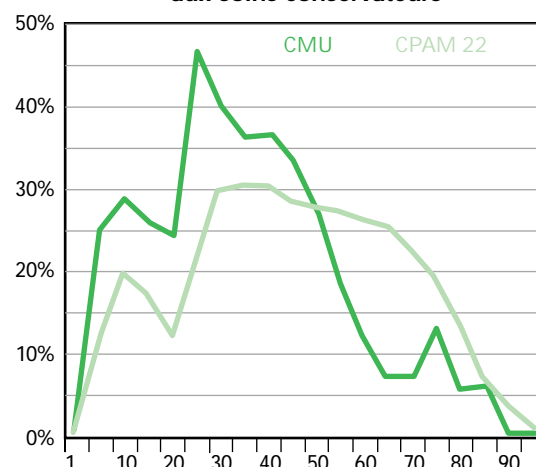


Il faut par ailleurs souligner qu'autant la population générale reste stable, il y a peu de flux migratoires, et ne quitte pas le département, autant la population CMU laisse transparaître de nombreuses portes d'entrée dans le dispositif. Il existe de fait des pics du nombre de bénéficiaires CMU à certaines périodes selon les changements de conditions d'attribution. Il y a aussi de nombreuses sorties du dispositif avec retour dans la population générale.

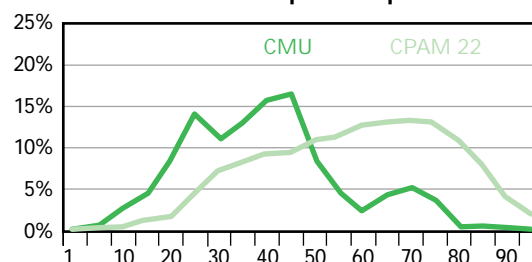
Les Côtes-d'Armor comptent aujourd'hui environ 470 000 assurés, la population CMU représentant autour de 25 000 personnes. Pour comparer ces deux groupes, nous avons introduit les notions de coût moyen standardisé et de taux de recours aux soins.

Selon ce dernier taux, il apparaît que la population CMU consomme davantage de soins conservateurs, peut-être avant tout du fait de son jeune âge. On pourrait parler ici d'un effet de génération perceptible à travers les habitudes de consommation : cette population a en effet appris à consommer dans son jeune âge. A contrario, se trouve une population de personnes de plus de 50 ans qui va moins chez le dentiste que les autres. Ces personnes ont pris l'habitude de ne pas consommer et iront jusqu'au bout de leur situation de bénéficiaires de la CMU sans avoir compris les bénéfices qu'ils auraient pu tirer d'un tel dispositif. Cet effet de génération "négatif" est encore plus notable sur le recours aux prothèses.

Taux de recours aux soins conservateurs



Taux de recours aux soins prothétiques



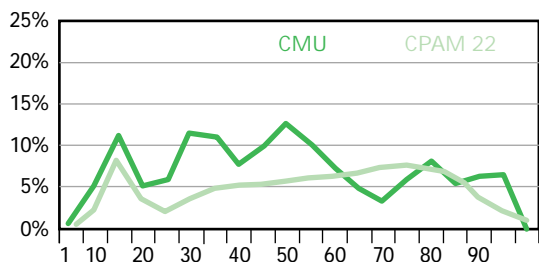


Si le législateur veut tirer des enseignements d'une étude comme celle-ci, il pourra donc commencer par voir que s'il souhaite mettre en œuvre une information préventive ciblée, quelle qu'elle soit, ou tout au moins une incitation à bénéficier des soins conservateurs ou de prothèse, il devra concentrer ses efforts sur une population proche des 50 ans.

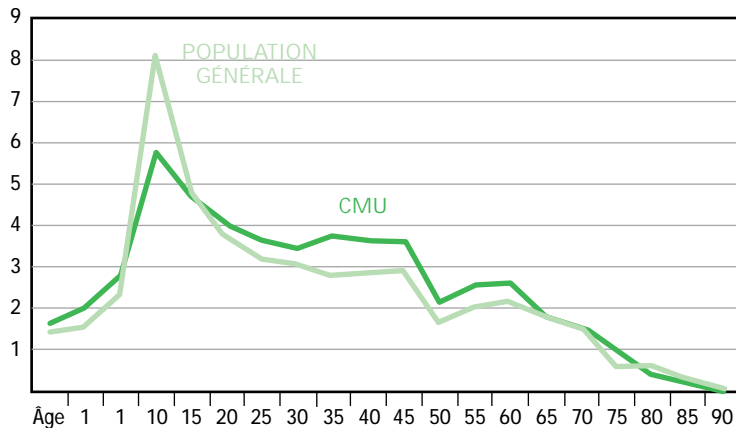
Le taux de recours aux soins chirurgicaux témoigne, quant à lui, de l'état de santé.

La population CMU a d'évidence davantage recours à ces soins, alors que nous savons que les praticiens les évitent et les assimilent à un constat d'échec. Les extractions sont plus nombreuses mais dans le même temps, le coût moyen standardisé est inférieur à celui du reste des assurés.

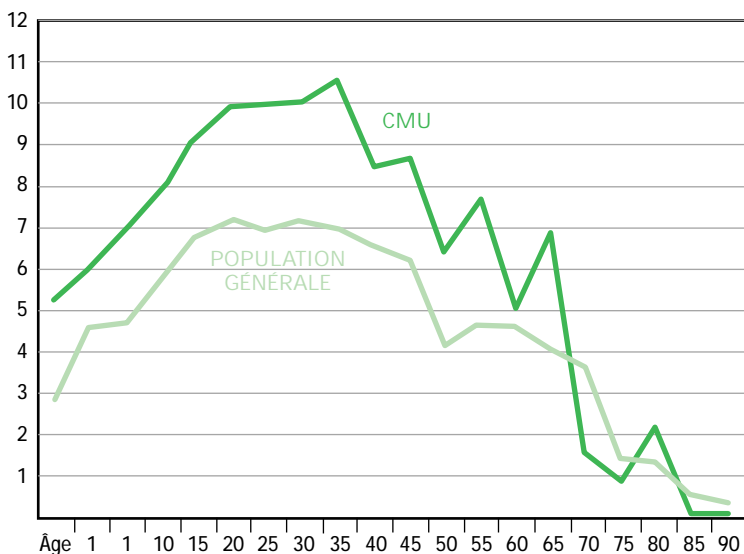
**Taux de recours aux soins chirurgicaux**



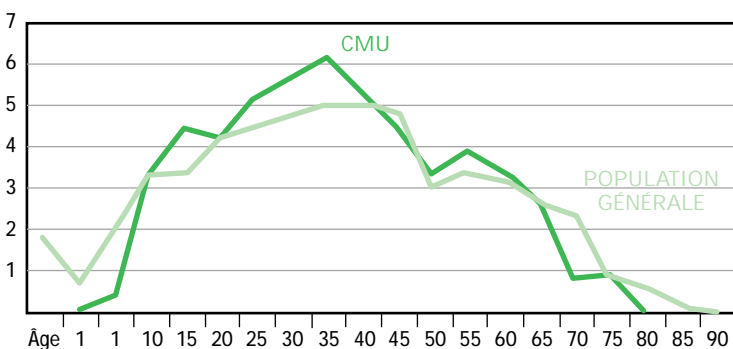
**Coûts moyens standardisés en chirurgie**



**Coûts moyens standardisés en soins conservateurs**

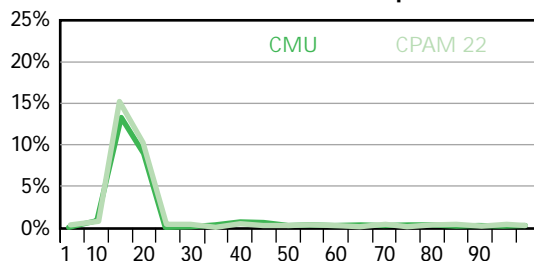


**Coûts moyens standardisés en prothèse**



Ces chiffres, avec de nombreuses extractions à bas coût, montrent que la population CMU connaît un état de santé assez catastrophique. Le taux de recours aux soins ODF est moindre que pour la population générale, alors que, dans notre département, les prestations CMU en ODF sont proches des prix de marché. Le législateur doit également se demander ce qu'il peut entreprendre pour inciter les patients CMU à consulter en ODF.

**Taux de recours aux soins orthodontiques**



*Les études montrent par ailleurs une certaine inégalité des praticiens devant la CMU.* Les bénéficiaires se trouvent en effet, en grande majorité, en zone urbaine et dans le cas présent, ce sont les praticiens du centre-ville de Saint-Brieuc qui assurent quasiment le tiers de la CMU pour tout le département. Il apparaît que 75 % des praticiens libéraux traitent moins de dix dossiers sur dix-huit mois. Ce volume reste donc acceptable, loin des descriptions alarmistes de salles d'attente pleines à craquer de patients CMU.

Pour Saint-Brieuc par contre, vingt et un libéraux (7 % des praticiens du département) ont traité chacun plus de vingt-sept dossiers sur la période concernée. On peut parler, pour certains d'entre eux qui ont eu à traiter sur cette période jusqu'à 115 dossiers, de clientèle ciblée, ce qui présente pour eux des implications économiques.

Les deux centres de santé mutualistes ont eu pour l'un 103 dossiers traités par 2 chirurgiens dentistes et pour l'autre 219 dossiers traités par 8 praticiens. Ces taux sont importants mais acceptables et ne les transforment pas en uniques prestataires de la CMU, contrairement à ce qui semble se passer dans certains départements.

*L'étude donne enfin les volumes bruts du département.* Au total, 2921 couronnes coulées ont été réalisées, 108 CIV, 1762 céramiques. Il est intéressant de regarder le traitement des prémolaires. Vous savez en effet qu'il s'agissait des seules dents pour lesquelles les praticiens avaient la possibilité d'aiguiller leurs patients vers l'un ou l'autre type de couronne. Le choix de la couronne céramique apparaît de fait plus fréquent que celui de la métallique, alors qu'elle est très mal payée au sein du panier de soins, ce qui confirme l'implication de nos confrères à prodiguer des soins de qualité aux assurés CMU.

D'une manière générale, les actes proposés dans ces "devis" appartenaient au domaine du strict nécessaire. Sur 1363 prothèses adjointes par exemple, on dénombre 363 prothèses adjointes complètes et l'on voit mal comment faire moins pour cette population.

Il conviendra de suivre un certain nombre d'indicateurs pour voir comment l'accès aux soins pour la population CMU, qui semble assuré sur la période de l'étude, évolue. Il conviendra de suivre aussi l'implication des praticiens à assurer cet accès aux soins.

Nous avons ici abordé les besoins exprimés. Il reste à évaluer les besoins réels des bénéficiaires de la CMU et à comparer alors offre de soins et réels besoins.

## Protocole et modalités de la prise en charge complémentaire à la CMU des bénéficiaires du RMI par le service RMI du Conseil général du Val-de-Marne

Dr Sophie DE MEURON  
*Mission bucco-dentaire -  
Conseil général du Val-de-Marne*



Je vais vous parler d'un projet que le Conseil général du Val-de-Marne est en train de mettre en place concernant les bénéficiaires du RMI.

Il s'agit de favoriser la prise en charge de leurs soins bucco-dentaires.

Depuis 1996, le Conseil général du Val-de-Marne a adopté une position particulière en la matière et c'est dans le cadre du volet "Santé" du plan départemental d'insertion que le Conseil général et la DDASS avaient mis en place des aides financières pour permettre la prise en charge de la partie hors nomenclature des soins bucco-dentaires de cette population.

Cette aide prenait une place importante, mise en évidence par un rapport d'activités du service RMI pour l'année 2000. Celui-ci montrait que d'un point de vue financier, elle intervenait pour au moins 50 % de la prise en charge des soins bucco-dentaires hors nomenclature.

En outre, ce rapport souligne à quel point cette aide a pu significativement favoriser l'accès aux soins pour les bénéficiaires du RMI du département, d'abord en montrant une progression du nombre de demandes de prise en charge de 32 % entre 1998 et 1999 et également en mettant en évidence que cette évolution se rencontrait en particulier dans le secteur libéral.

L'arrivée de la CMU complémentaire, automatiquement attribuée aux bénéficiaires du RMI, a rendu caduques les différentes aides, telles que l'aide départementale ou les fonds de secours de la Sécurité sociale, puisqu'elle prend en charge la totalité des coûts inhérents à des soins bucco-dentaires. Cela même si elle s'associe à des limites, d'une part le panier de soins qui réduit l'éventail thérapeutique mis à la disposition des praticiens et d'autre part la tarification de l'ensemble

des actes de ce panier de soins. Ces limites ont d'ailleurs provoqué, dans le Val-de-Marne, l'opposition des organisations professionnelles, syndicales et ordinaires des chirurgiens dentistes libéraux ou salariés à cette mesure, ce qui a entraîné une réduction de l'offre de soins pour ces populations.

Dès la mise en place de la CMU, le Conseil général a cherché une solution pour favoriser et faciliter, malgré tout, l'accès de cette population aux soins bucco-dentaires. C'est ainsi qu'a été imaginé le développement d'une liste d'actes en dehors du panier de soins de la CMU complémentaire. Ceci permet d'élargir l'éventail thérapeutique sans entrer en concurrence avec le panier de soins, ce qui aurait été absolument illégal. Cette liste, appelée "enveloppe de soins bucco-dentaires" est prise en charge par le même budget que l'aide médicale départementale que j'évoquais tout à l'heure, c'est-à-dire un budget alloué dans le cadre du volet Santé du plan départemental d'insertion. Le service RMI et la Mission bucco-dentaire, structures du Conseil général du Val-de-Marne, sont partenaires dans ce projet. Le premier centralise notamment toutes les informations concernant les bénéficiaires du RMI et leurs ayants droit, et gère le budget en question.

**Le budget étant dépendant du Plan départemental d'insertion, les bénéficiaires de cette enveloppe de soins sont exclusivement les bénéficiaires du RMI du département du Val-de-Marne et leurs ayants droit.**

Les tarifs des actes de l'enveloppe ont été établis à partir des tarifs couramment appliqués dans les centres de santé du département. Ils ont été soumis aux représentants de l'ensemble des chirurgiens dentistes mais n'ont pas été négociés.

Ces actes sont au nombre d'une quinzaine. Ils concernent les domaines de la prothèse fixée, de la prothèse amovible, de la parodontie mais aussi d'autres disciplines avec par exemple les coiffes pédodontiques préformées ou les gouttières occlusales.

### Quinze actes HORS NOMENCLATURE

#### Avec des tarifs fixés

Couronne Provisoire	Guide chirurgical	Attachement intracronaire
Intermédiaire de Bridge	Rebrasage	Chirurgie parodontale à lambeau
Complément céramique (5 et 6)	Fraisages	Attelle coulée
Inlay-Onlay métal	Barre d'Ackerman	Coiffe pédodontique préformée
Prothèse complète immédiate	Attachement supra-radicaire	Gouttière occlusale

Pour que ces actes soient pris en charge par le service RMI, une demande en bonne et due forme doit être faite, en suivant une démarche précise. Le praticien constitue d'abord un dossier complet, qui contient évidemment son projet thérapeutique mais aussi un devis se basant sur les tarifs fixés et différents justificatifs selon les actes demandés. Les actes dépendant de l'enveloppe de soins sont le plus souvent associés à d'autres relevant d'une entente préalable. Dans ce cas, le dossier ne sera constitué qu'après retour de la demande de prise en charge à la CPAM. Un justificatif prouvant que cette demande préalable a été faite doit par ailleurs être associé au dossier.

Le dossier est ensuite apporté par le patient lui-même à son service instructeur au moment où est élaboré son contrat d'insertion. Ce dernier peut concerner uniquement le bucco-dentaire ou également d'autres domaines. Le service instructeur fait alors remonter le dossier au service RMI qui lui-même va le soumettre au "chirurgien dentiste conseil" auprès de la Mission bucco-dentaire. Celui-ci, se fondant sur les justificatifs apportés au dossier, émettra enfin un avis technique qu'il renverra au service RMI. Il s'engage par ailleurs à téléphoner directement au praticien en cas de besoin de renseignements complémentaires, ce qui évite de refaire passer le dossier par ce circuit administratif. La réponse sur le montant de la prise en charge est ensuite adressée par le service RMI au patient et au praticien. Ce dernier, une fois les actes

réalisés, aura accès à une sorte de "double règlement", l'un de la CPAM pour tous les actes relevant de l'entente préalable, l'autre du service RMI pour ceux dépendant de l'enveloppe de soins bucco-dentaires.

*Ce projet est quasiment au point et sera mis en place d'ici la fin de l'année 2002.* Parallèlement, une évaluation sera menée, dont les premiers résultats nous parviendront d'ici deux ans. Il s'agira de mettre en évidence l'utilité d'un tel dispositif et d'en justifier l'existence mais aussi d'évaluer l'efficacité du système et de la démarche mis en place. Cette évaluation nous permettra en outre de mesurer les types d'actes les plus fréquemment demandés et par conséquent, de mettre en évidence le plus objectivement possible les besoins réels des bénéficiaires du RMI du département. Peut-être pourrions-nous de ce fait savoir si le panier de soins de la CMU complémentaire, tel qu'il existe, correspond à la réalité d'une thérapeutique actuelle.

## Conclusion

La solution d'une enveloppe de soins nous a paru très intéressante dans la mesure où elle favoriserait l'accès aux soins de toute une population malheureusement, dans certains cas, rejetée du système médical. Elle incite en effet les praticiens à les prendre en charge mais encourage également tous les acteurs sociaux amenés à rencontrer les bénéficiaires du RMI à les inciter à faire la démarche.

La difficulté était de faire que cette enveloppe de soins cadre avec la loi sur la CMU complémentaire, cette dernière étant pour le moins rigide.

Nous sommes parfaitement conscients qu'une aide se limitant à une population ciblée représente une forme de discrimination, même si elle est positive. C'est pourquoi nous travaillons parallèlement à la mise en place d'un Réseau - Monsieur DESMAREST en parlait tout à l'heure en introduction - ayant pour objectif de favoriser et faciliter la prise en charge pour l'ensemble de la population du Val-de-Marne qui a renoncé aux soins bucco-dentaires pour des raisons financières et/ou culturelles.

## Débat

### Un intervenant de la salle

*Je constate simplement que tout serait plus simple si tous ces actes que vous prenez en charge étaient à la nomenclature de la Sécurité sociale.*

### Dr Sophie DE MEURON

*Je vous rejoins sur cette analyse. Peut-être y parviendrons-nous un jour. Au moins peut-être arriverons-nous à montrer qu'il est important que la nomenclature évolue.*

### Un intervenant de la salle

*Pour aller dans le sens de la précédente intervention, j'ai le sentiment que l'on tente en permanence de contourner les problèmes de la Sécurité sociale et des remboursements obligatoires, chacun cherchant dans son coin l'astuce pour trouver une solution pour des personnes ayant de réels besoins. Le problème est que ce que l'on appelle les "classes intermédiaires" ne bénéficient de rien et pourraient en avoir assez de payer la Sécurité sociale sans un plein bénéfice. Ceci risque de mener à un développement des assurances privées et complémentaires.*

### Un intervenant de la salle

*Vous nous avez indiqué que les dossiers étaient traités par un dentiste conseil et j'aurais aimé savoir ce qui présidait au choix du chirurgien dentiste conseil en charge de ces dossiers.*

### Dr Sophie DE MEURON

*Nous avons employé ce terme car il nous semblait le plus parlant mais nous ne l'utilisons pas pour désigner un véritable "dentiste conseil" dont c'est exclusivement le métier. Nous avons simplement mis en place un protocole très détaillé, avec un certain nombre de justificatifs demandés pour l'acceptation de la prise en charge des actes. Pour étudier les dossiers et les justificatifs demandés, la Mission bucco-dentaire emploiera naturellement un chirurgien dentiste.*

### Pr Maurice MORENAS

*Pourrait-on suggérer l'appellation "dentiste coordonnateur" ?*

### Dr Sophie DE MEURON

*Ce serait possible, en effet.*

### Un intervenant de la salle

*Vous disiez tout à l'heure que le règlement passait à la fois par la CPAM et les services RMI. Interviennent de plus les protocoles de mise en pratique des demandes de remboursement liées au RMI. Tous ces facteurs conjugués peuvent entraîner un surcroît de tracasseries auprès des praticiens et ceux-ci n'en peuvent littéralement plus. Il faudrait simplifier au maximum ces protocoles, ces populations déshéritées que vous cherchez à satisfaire ne s'en trouveraient que mieux prises en compte.*

### Dr Sophie DE MEURON

*Je suis d'accord avec vous. Il faut voir cependant qu'avant la mise en place de la CMU, une aide départementale existait pour le Val-de-Marne et dépendait du même service. Elle demandait elle aussi une double facturation bien distincte pour les chirurgiens dentistes et elle a rencontré, avec le temps, encore et*



toujours plus de succès. Il est vrai que ce dispositif est un peu complexe mais une fois que les chirurgiens dentistes auront compris son fonctionnement et aussi leur intérêt, avec l'habitude, tout rentrera doucement dans l'ordre.

**Dr Paul KARSENTI.**

Chirurgien dentiste conseil - Yvelines.

Il est tout à fait positif que la collectivité décide de consacrer plus d'argent à la prise en charge d'actes dentaires quand on connaît la situation générale. Ce qui pose problème, c'est la nécessaire réflexion sur la meilleure façon d'utiliser la somme d'argent que l'on entend y consacrer. Or, la réflexion sur le panier de soins semble incomplète. Selon quels critères la collectivité, dont les moyens sont limités, va-t-elle décider de prendre en charge tel acte plutôt que tel autre? Le choix ici me laisse perplexe. Quand on voit le peu d'argent remboursé aux patients relevant du régime général pour une prothèse complète, un stellite ou d'autres actes. Il consiste à prendre en charge des couronnes provisoires ou des couronnes céramiques sur des 6 ou des 7 pour les bénéficiaires du RMI : n'y a-t-il pas un problème de hiérarchisation?

**Un intervenant de la salle**

Le vrai problème se situe effectivement au niveau du panier de soins, tant celui RMI tel qu'il vient d'être décrit que celui CMU, ou encore le panier de soins du régime général. Le grand chantier à venir sera de déterminer les critères qui vont permettre, d'abord de prendre en charge normalement, à 70 %, tous les actes médicaux et d'autre part de voir comment les systèmes complémentaires ou surcomplémentaires peuvent intervenir.

Les résultats de Saint-Brieuc et de sa Caisse primaire n'ont pas manqué de m'intéresser. Votre constat final selon lequel tout fonctionne bien est sans doute vrai dans les Côtes-d'Armor mais dans quelle mesure votre exemple est-il transposable à la situation dans le reste du pays? J'ai quelques doutes.

**Dr Jacques MELET**

Il s'agissait juste de poser des indicateurs qui permettront d'évaluer la propre évolution du département, voire celle d'autres structures. Même si j'ai l'impression en effet que le système fonctionne pour le département des Côtes-d'Armor l'important est de disposer d'une base d'étude valable qui donne un point zéro. Le but premier de ces travaux est d'établir des points d'ancrage pour vérifier régulière-

ment si l'évolution est positive dans l'accès aux soins.

**Pierre DUQUESNOY**

Directeur d'un groupement gestionnaire de centres de santé mutualistes.

Je voudrais intervenir sur l'exposé du docteur Jacques MELET. Vous nous avez parlé de l'accès aux soins dentaires pour les bénéficiaires de la CMU. Nous nous apercevions en fait que si les jeunes étaient effectivement bien pris en charge, la tranche des 40 ans et plus connaissait une consommation nettement moins forte.

Pour ce qui est de mon expérience dans mon département - la Haute-Savoie -, les soins dentaires chez les jeunes sont effectivement en grande majorité conservateurs. Mais c'est la prothèse, non les soins conservateurs, qui pose problème aujourd'hui dans la CMU. Mon département compte environ 650 dentistes libéraux et 40 dentistes mutualistes or, la prothèse dentaire y est actuellement refusée par les praticiens. En fait les soins conservateurs ou les prothèses entrant dans le cadre des tarifs normaux, c'est-à-dire la couronne Nickel Chrome et quelques prothèses adjacentes, ne posent aucun problème. Par contre, la situation est loin d'être satisfaisante sur tous les autres types de prothèses.

Pardonnez-moi, mais c'est bien cet état de fait qui selon moi explique l'aspect de votre graphique.

Par ailleurs, je pense que l'accès aux soins dentaires ne passera effectivement que par une complète revalorisation de la nomenclature Sécurité sociale. Nous avons placé beaucoup d'espérance sur la mission YAHIEL, nous avons travaillé deux ans sur ce dossier mais pour l'instant, rien n'a été fait.

**Dr Jean-Paul ESPIE**

Responsable du service de prévention bucco-dentaire. Conseil général de Seine-St-Denis.

Les Conseils généraux ont la charge de la partie insertion attachée au RMI. Ils doivent y consacrer l'équivalent de ce qui est donné par l'État au titre du revenu. Mener cette action bucco-dentaire à partir de l'insertion et donner une aide particulière aux bénéficiaires du RMI dans ce cadre est intéressant. Cela peut, en plus, avec des choix d'actes intéressants, faire évoluer la nomenclature. Je félicite donc le Conseil général du Val-de-Marne pour le travail fait en direction de ces populations.

Toute la difficulté de ces actions collectives d'insertion réside dans l'impératif d'un suivi individuel. L'évaluation doit en effet être individuelle et c'est pour cela que ces procédures sont obligatoires. Le dispositif RMI est cogéré avec l'État et l'on doit pouvoir dire, à n'importe quel moment, ce que l'on a fait pour tel ou tel individu. Les procédures sont en place, nul ne peut y échapper, le Département du Val-de-Marne pas plus que d'autres. Ceci explique le côté paperasse de cette action.

**Pr Maurice MORENAS**

Il semble, pour conclure, que nous nous dirigeons peu à peu vers une culture d'évaluation.

**Dr Antoine RICHARD**

Effectivement, mais le problème en matière dentaire est que l'on ne peut mesurer qu'à partir du moment où l'on dispose d'indicateurs. Or la nomenclature actuelle est tellement décalée vis-à-vis de l'exercice que l'on ne mesure pas. Les résultats de la CPAM des Côtes-d'Armor sont effectivement satisfaisants mais ceci n'est vrai que pour ce que l'on mesure : on n'a pas pu en l'occurrence mesurer les actes hors nomenclature, faute d'outils pour ce faire. Seules l'ouverture au panier de soins d'actes totalement hors nomenclature et l'évaluation qui va avec permettent d'élargir et de mesurer effectivement si les praticiens ne vont plus être seulement guidés par la nécessité thérapeutico-économique.

# Comparaison des systèmes de santé dentaire

## de différents pays européens

Pr Poul-Erik PETERSEN

*Directeur du programme global de santé bucco-dentaire - OMS – Genève*



Mon intervention visera à focaliser les caractéristiques des différents systèmes européens de santé publique. Permettez-moi pour commencer de déterminer quelques termes fondamentaux pour l'analyse des composantes de ces systèmes. Nous trouvons en fait trois composantes majeures dans cette volonté d'améliorer et de promouvoir la santé bucco-dentaire : les stratégies communautaires ; les stratégies professionnelles ; les stratégies individuelles.

Les stratégies communautaires comprennent :

- ◆ Les interventions de promotion de la santé au niveau de l'ensemble de la communauté,
- ◆ la fluoration de l'eau ou du sel dans la communauté,
  - ◆ les programmes scolaires de bains de bouche et de comprimés au fluor,
  - ◆ les programmes d'hygiène bucco-dentaire, de scellements dentaires, de dépistage et d'orientation-recours en milieu scolaire ou liés à l'école.

On retrouve dans presque tous les

pays européens ces stratégies de type communautaire.

Les stratégies professionnelles sont adaptées selon les pays. Elles consistent en :

- ◆ L'éducation des patients et les conseils aux patients sur les facteurs de risques,
- ◆ la lutte contre la plaque dentaire,
- ◆ l'application locale de fluor,
- ◆ les scellements dentaires,
- ◆ le plan de rappel individualisé.

Enfin, les stratégies individuelles comprennent :

- ◆ les soins personnels :

Les mesures d'hygiène bucco-dentaire : brossage des dents, utilisation de fil dentaire, nettoyage traditionnel et dentifrice.

L'application personnelle de fluor.

- ◆ L'utilisation de services dentaires de sa propre initiative.

Selon les stratégies il y a différentes approches de la population. Il y a des stratégies à l'échelle de la population entière. L'avantage est une action radicale et approfondie sur les causes profondes. En contrepartie, cette approche rencontre des problèmes d'acceptabilité et des obstacles politiques et économiques. D'un autre côté il y a des stratégies qui visent à identifier les groupes de population à haut risque et à focaliser la gestion des ressources sur ces groupes. Cette stratégie permet des interventions appropriées et ciblées mais présente parfois l'inconvénient d'un mauvais rapport coût/efficacité.

Des facteurs autres que strictement bucco-dentaires doivent entrer en ligne de compte dans l'analyse de l'évolution des niveaux des affections bucco-dentaires. Les facteurs environnementaux, sociétaux ou de population peuvent ainsi contribuer au changement du niveau et du modèle de maladies bucco-dentaires.

Pour mieux appréhender les résultats des différents systèmes et les changements dans la nature ou la fréquence des affections, nous devons procéder à une analyse fondée sur les indicateurs de santé et sur les groupes d'âge. C'est la raison pour laquelle la Banque mondiale de la santé bucco-dentaire, créée voici environ 20 ans, compile pour chaque pays quelques informations de base afin de faciliter les comparaisons des niveaux d'affections inter et intra nationales ou régionales. Cette banque de l'OMS dispose en particulier d'informations sur l'indice CAO des enfants de 12 ans du monde entier. Les moyennes de CAO ont été caractérisées. On parle de niveau très faible en dessous de une dent affectée, de niveau faible entre 1,2 et 2,6 et de niveau modéré jusqu'à 4,4. Au-dessus, on parle de niveau élevé à très élevé.

Où, sur cette Terre est-il le plus intéressant de s'installer comme dentiste : où trouve-t-on le plus de caries dentaires? Les chiffres montrent qu'il vaut mieux s'installer en Europe qu'en Afrique. On constate, cependant plus de niveau modéré ou faible en Europe que dans le reste du monde mais encore faut-il établir une distinction entre les zones européennes.

Les pays de l'Europe occidentale comme le Danemark, le Royaume-Uni, le Portugal, la France ou l'ouest de l'Allemagne connaissent un niveau de CAO situé entre 1 et 2. Mais il faut également noter la composante C de cet indice CAO qui montre que le besoin d'intervention change selon les pays.

Les pays nordiques et scandinaves connaissent un niveau peu élevé de C, contrairement au Royaume-Uni ou au Portugal.

Nous trouvons au sud-ouest de l'Europe :

- ◆ des services dentaires privés,
- ◆ des stratégies d'éducation pour la santé fondées sur la communication de masse au travers des médias,
- ◆ pas ou peu de programmes de prévention en milieu scolaire,
- ◆ la fluoration du sel pour certains pays,
- ◆ le dentifrice fluoré.

Les pays du nord-ouest ont manifestement une autre approche vis-à-vis de la promotion de la santé bucco-dentaire. Nous y trouvons :

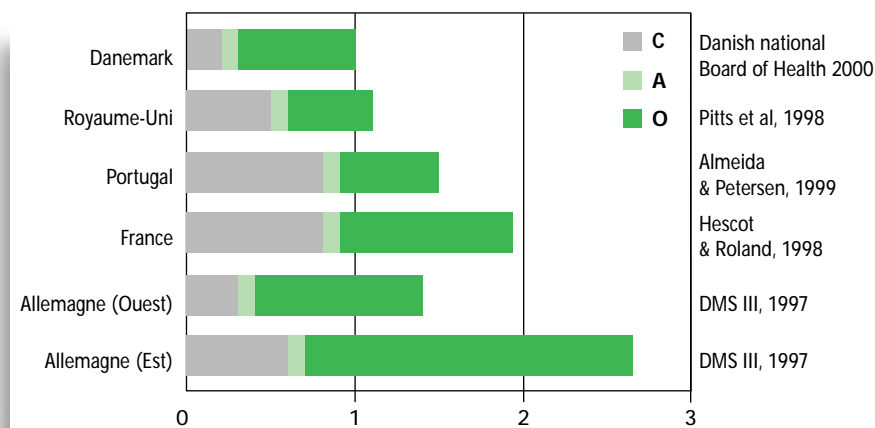
- ◆ des services publics de santé bucco-dentaire,
- ◆ des programmes installés ou réalisés en milieu scolaire,
- ◆ de l'éducation pour la santé axée sur la communauté,
- ◆ des stratégies préventives de masse ainsi que des stratégies axées sur les groupes à risque : dentifrice fluoré, application locale de fluor, scellements de sillons.

Nous y trouvons en particulier d'autres personnels que les dentistes comme des hygiénistes ou des personnels auxiliaires chargés de la réalisation des actes et des programmes de prévention.

C'est dans un de ces pays du nord-ouest – le Royaume-Uni – que l'on trouve également une politique de fluoration de l'eau.

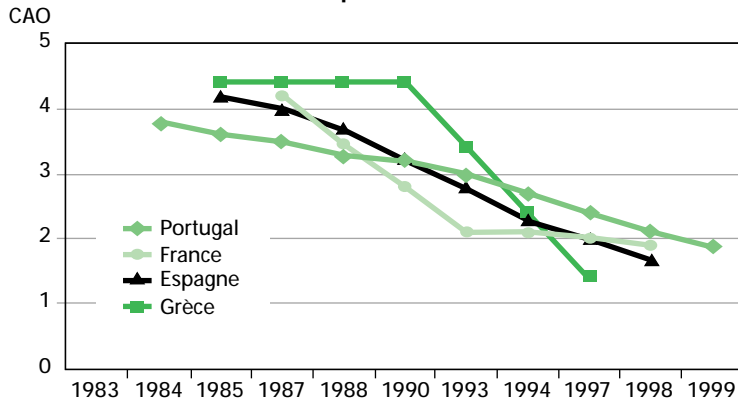
Pour comprendre les interrelations entre systèmes et résultats, mieux vaut jeter un œil aux différentes tendances dans l'évolution des maladies.

**Caries dentaires (dents CAO) à 12 ans en Europe occidentale**

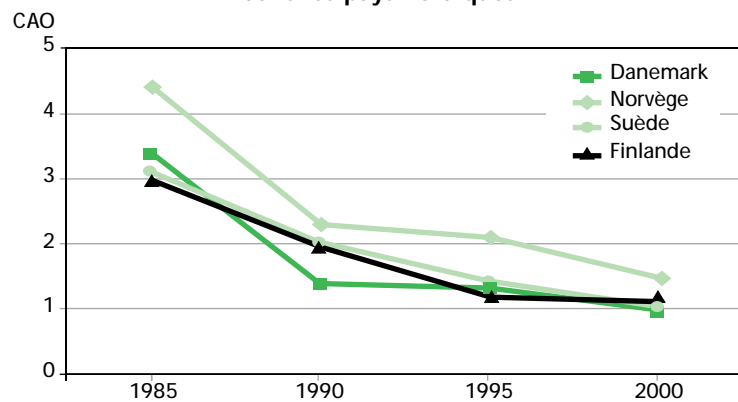


La Banque mondiale a, en ce sens, la chance de pouvoir extraire toutes les informations de développement sur une période allant de 1984 à 2000. Si tous les pays connaissent une réduction quantitative de l'atteinte carieuse elle est plus accentuée dans ceux du Nord ouest.

**Évolution du nombre de dents CAO chez les enfants de 12 ans en Europe occidentale**

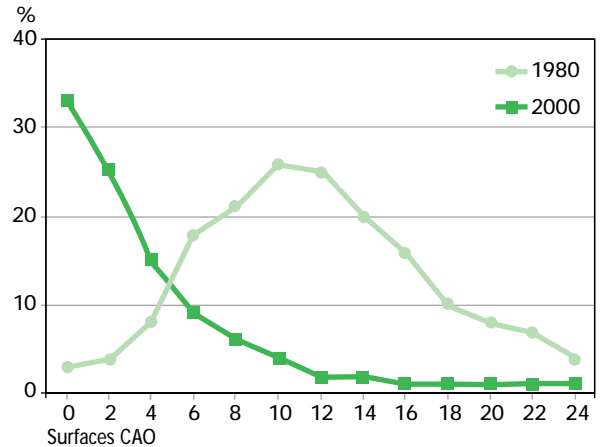


**Évolution du nombre de dents CAO chez les enfants de 12 ans dans les pays nordiques**



On constate un changement de modèle de distribution de la carie. Sur l'exemple Danois concernant les enfants de 15 ans on passe d'une courbe de distribution normale symétrique à une distribution dans laquelle plus de 30 % des jeunes sont indemnes de caries et un petit groupe présente d'importants problèmes.

**Distribution des Danois de 15 ans selon les surfaces CAO en 1980 et 2000**



Cela a beaucoup d'implications sur les soins et les programmes de santé publique parce que il y a beaucoup plus à faire pour la maintenance et la préservation de la santé. Ce défi implique la prévention et des activités spécifiques. Nous pouvons détailler le modèle des pays nordiques :

- ◆ Services périphériques,
- ◆ Soins cliniques curatifs et préventifs complets gratuits,
- ◆ Visites dentaires régulières,
- ◆ Éducation à la santé à l'école,
- ◆ Activités interdisciplinaires (par exemple enseignants, infirmières),
- ◆ Stratégies pour la population et programmes pour les sujets à haut risque (hygiène bucco-dentaire, fluor, scellement des fissures).

Je parlais tout à l'heure des groupes à risque, la question est de savoir comment les identifier clairement. Différents critères entrent en ligne de compte. Pour la santé publique on a essayé d'évaluer si l'on peut identifier ces individus à partir de critères socio-économiques, familiaux ou de niveau d'éducation. D'un autre côté on prend en compte les critères individuels, à savoir les affections actives, les standards d'hygiène et le flux salivaire.

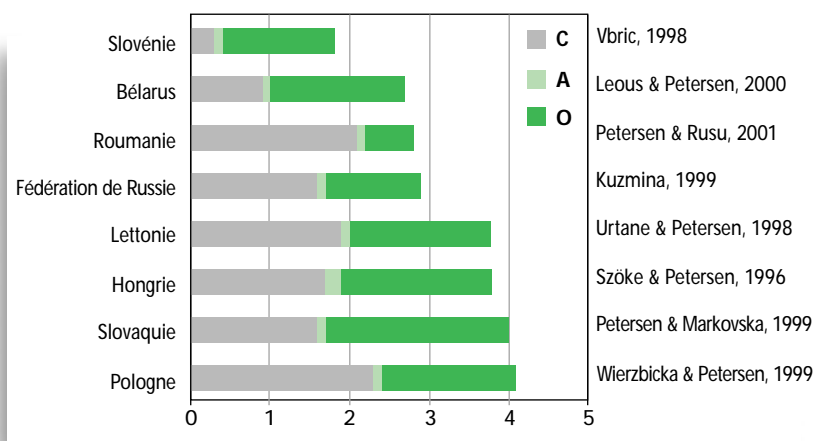
Une étude a été réalisée dans les pays scandinaves sur le temps consacré au contrôle des maladies bucco-dentaires chez les jeunes enfants. On a constaté qu'on investissait beaucoup plus de temps pour les enfants à risque. Parallèlement, on a tenté d'évaluer les résultats de ces stratégies centrées sur les groupes à risque. C'est pourquoi une enquête a été menée en Finlande, où l'on a défini trois groupes : les



individus à haut risque faisant l'objet d'une prévention intensive, les individus à haut risque avec prévention de base et enfin (à titre de comparaison), les individus à risque limité avec prévention de base. Après trois ans, on a pu constater que les effets de la stratégie intensive étaient positifs pour le groupe à risque alors que la prévention de base était efficace pour le groupe à risque limité. C'est la raison pour laquelle il y a beaucoup de discussions dans les pays nordiques pour déterminer l'équilibre de l'effort vis-à-vis des deux approches fondamentales : l'approche au niveau de la population entière et l'approche au niveau de la population à risque.

Les pays de l'est de l'Europe connaissent quant à eux des problèmes différents, leurs systèmes de santé se trouvant en état de transition avec pour effet principal une décentralisation et une déréglementation. La privatisation y a entraîné la disparition des soins de santé limités, une participation communautaire amoindrie ainsi qu'une désorganisation de la fluoruration de l'eau. À l'exception de la Slovénie, le CAO moyen pour les enfants de 12 ans y est supérieur à 2 et peut atteindre une valeur de 4 par exemple en Pologne ou en Slovaquie. Dans quelques-uns de ces pays, près de 50 % de l'indice CAO est représenté par la composante C, ce qui est très élevé.

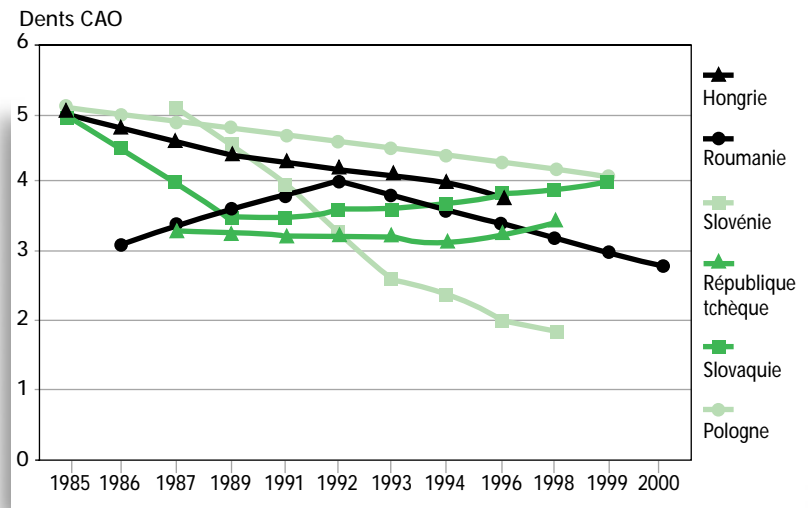
### Caries dentaires (dents CAO) chez les enfants de 12 ans dans les pays d'Europe centrale et orientale



L'analyse dans le temps pour les pays de l'est de l'Europe ne fait pas apparaître de réduction des affections, que ce soit en milieu rural ou urbain, à l'exception notable de la Slovénie. Cette dernière est en effet parvenue à préserver son service public de santé bucco-dentaire et à consolider l'éducation de masse en milieu scolaire. Par

ailleurs elle a mis en place des programmes très larges de fluoration par gel et de scellement de sillon et toute la population bénéficie du dentifrice fluoré.

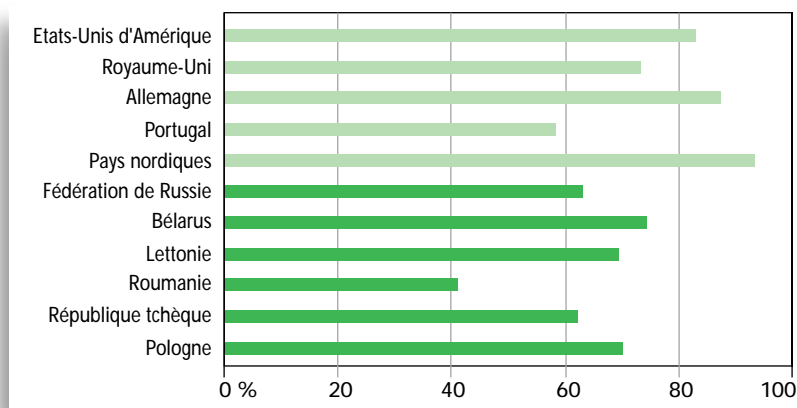
### Évolution du nombre de dents CAO chez les enfants de 12 ans en Europe orientale



Une observation peut être généralisée à tous les pays européens : les résultats apparaissent là où des programmes de santé scolaire existent. Il est en ce sens possible d'améliorer la capacité d'auto-soins des enfants, un appui familial allant également dans la bonne direction. L'estime de soi chez les enfants provient d'un environnement favorable à la santé et d'une participation communautaire. Elle rend plus facilement réalisable l'installation de soins préventifs et curatifs systématiques de santé bucco-dentaire.

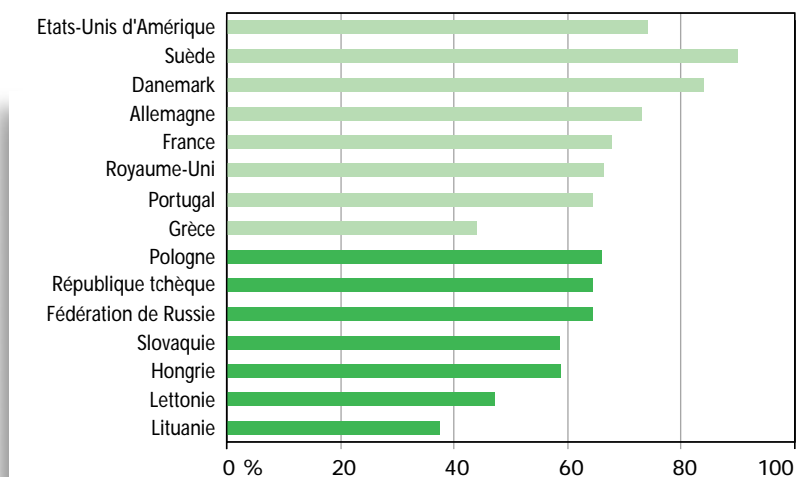
Les différences d'efficacité entre les systèmes de santé quant au niveau du contact avec la population et l'approche des stratégies individuelles ont été examinées à travers deux études européennes.

## Visites dentaires au cours des 12 derniers mois des enfants de 12 ans dans différents pays



## Pourcentage des enfants de 13 ans de différents pays qui se brossent les dents au moins deux fois par jour

OMS EURO 1998



La première, portant sur les enfants de 12 ans, regardait le pourcentage de consultation d'un chirurgien dentiste dans les 12 derniers mois. Les pays nordiques y obtenaient les meilleurs scores.

La deuxième portait sur le pourcentage des enfants de 13 ans se brossant les dents au moins deux fois par jour et permettait de dresser une sorte de profil favorable à l'auto-soin chez les enfants.

Là encore les meilleurs scores ont été obtenus dans les pays nordiques.

La Banque mondiale dispose par contre de peu d'informations sur les adultes. L'OMS recommande pour eux de parler de stade élevé à partir d'un niveau de quatorze CAO. Si on prend des études portant sur les 35-44 ans c'est le cas pour un grand nombre de pays européens. Les pays de l'Est connaissent plus que les autres une forte composante de C voire d'absence de dents. En regardant les pourcentages d'édentés chez les 65-74 ans, la France apparaissant là en situation favorable, on s'aperçoit que pour tous les pays européens, un des défis sera d'installer des programmes d'actions pour les personnes âgées.

### L'OMS avait défini au niveau mondial six objectifs pour l'an 2000 :

- 1 50 % des enfants de 5 et 6 ans indemnes de caries.
- 2 Le CAO à 12 ans ne doit pas dépasser 3.
- 3 85 % de la population doit avoir toutes ses dents à 18 ans.
- 4 Réduction de 50 % d'édentés de 35-44 ans par rapport à 1982.
- 5 Réduction de 25 % d'édentés de plus de 65 ans par rapport à 1982.
- 6 Mise en place d'un système informatique pour disposer de bases de données permettant de surveiller l'évolution.

Au niveau européen 53 % des pays ont accompli le 1<sup>er</sup> objectif et 64 % le 2<sup>e</sup>. Cependant il y avait un 2<sup>e</sup> but plus spécifique pour les pays européens qui était de ne pas dépasser un CAO de 2 à 12 ans. Et dans ce cas là il n'y a plus que 45 % de pays ayant rempli l'objectif.

Le Bureau régional de l'OMS a en l'an 2000 fixé pour 2020 le futur objectif : 80 % des enfants de 6 ans indemnes de caries et 1,5 dents affectées au maximum à l'âge de 12 ans.

### Comment pourrions-nous parvenir à d'aussi bons résultats ?

Pour beaucoup de pays européens, la promotion de la santé devra être faite en arrêtant de compter sur les seuls dentistes, une grande partie des enfants étant rarement en contact avec ces derniers. La promotion de la santé se fonde sur les déterminants de la santé et c'est donc une question de facteurs socio-économiques, de style de vie, beaucoup plus que de visite chez le dentiste.

Le Bureau régional de l'OMS recommande une approche fondée sur l'ensemble de l'existence mais en mettant la priorité sur le fait de commencer la vie en bonne santé et sur la santé des jeunes.

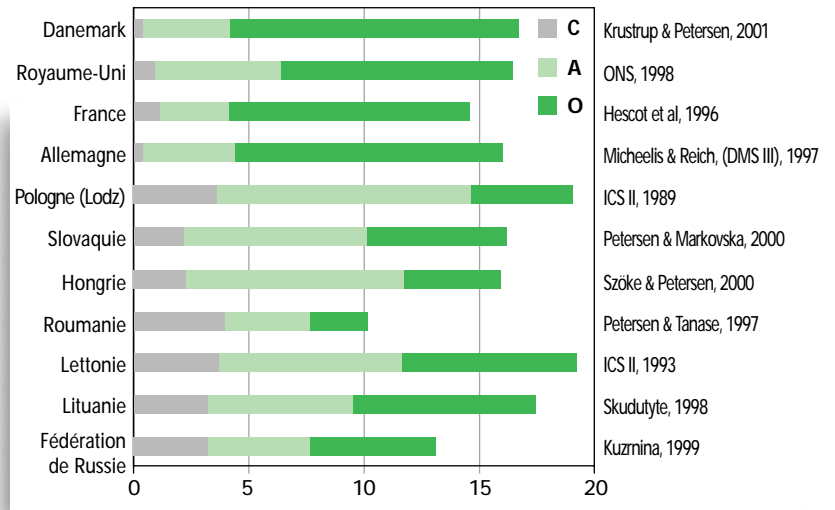
Il faut que la dentisterie évite de s'isoler. Les actions multisectorielles doivent en ce sens prévaloir pour les soins de santé primaire.

L'OMS recommande enfin que les soins soient fondés sur les résultats des mesures, non sur la simple administration des activités.

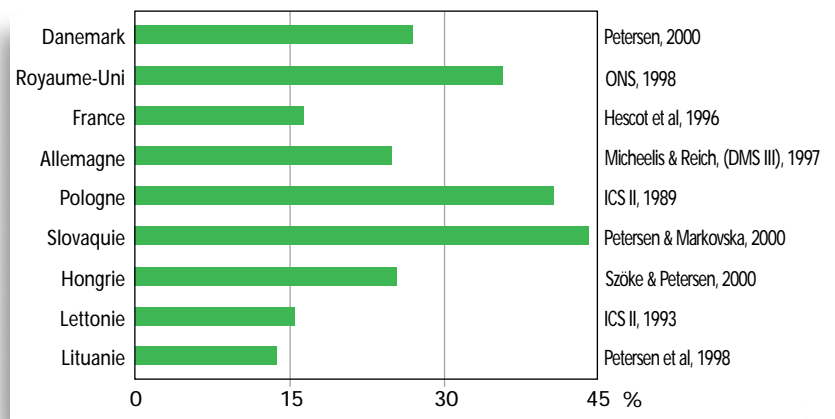
Le premier défi en Europe est de parvenir à l'équité en matière de santé bucco-dentaire et de réduire l'incidence des affections, non leur prévalence. Il s'agira de consolider et développer les programmes en direction des groupes cibles et des personnes âgées.

La seconde recommandation de l'OMS vise à encourager le développement d'un système équitable de santé bucco-dentaire, propre à faciliter le contact entre le groupe cible et le système formel. La satisfaction et les droits des patients doivent être les mots-clés, accompagnés du financement public ou privé des soins de santé bucco-dentaire.

**Nombre de dents CAO chez les 35-44 ans dans différents pays européens**



**Pourcentage des édentés âgés de 65 à 74 ans dans différents pays européens**



## Débat

**Pr Maurice MORENAS**

*Pour ouvrir ce débat, le professeur KANDELMAN pourrait peut-être nous faire part de son expérience et compléter ce vaste tour d'horizon en fonction de ce qu'il connaît de la situation au Canada ?*

**Pr Daniel KANDELMAN**

*Je voudrais d'abord féliciter le professeur PETERSEN pour cet extraordinaire survol et les bonnes nouvelles qu'il nous apporte. Effectivement en Europe occidentale comme en Amérique du Nord, nous observons une importante réduction de la carie dentaire.*

*Ceci nous conduit dans ces régions à nous pencher sur de nouveaux concepts adoptés dans des pays scandinaves comme le Danemark. La carie étant aujourd'hui contrôlée pour les deux tiers de la population, nous allons concentrer nos politiques de prévention à partir de l'identification du risque carieux et par là même des groupes*

*à risque sur l'optimisation du travail en direction de ces populations des corps de santé publique dont on connaît les limites en matière de personnel disponible.*

*Les programmes iront évidemment en direction des enfants mais aussi, et de plus en plus, vers les personnes âgées pour lesquelles il nous faudra envisager des politiques d'actions spécifiques.*

**Pr Poul-Erik PETERSEN**

*Cette évolution observée pour les maladies bucco-dentaires implique, il est vrai, des modifications du système lui-même. On parle souvent de transition à propos des pays de l'est de l'Europe mais ceci concerne également les pays d'Europe de l'Ouest. Un véritable défi pour les politiciens, les administrateurs et les professionnels scandinaves est d'adapter le système de santé à cette nouvelle distribution des maladies.*

**Pr Maurice MORENAS**

*Votre intervention et les autres interventions ont mis en lumière le rôle joué par la prospective et la nécessité d'établir des indicateurs. Cette culture de l'évaluation propre aux pays scandinaves et nord-américains nous est moins familière dans nos pays du sud de l'Europe.*

*Cette évaluation est nécessaire, dans un système mature, pour maintenir des activités de santé et obtenir la meilleure adéquation de l'activité des praticiens de santé aux moyens mis en œuvre.*

**Dr Cheik LÔ**

*Enseignant en santé publique - Université de Dakar.*

*L'intervention du professeur PETERSEN laisse entendre qu'il n'existerait que très peu de caries en Afrique. Ceci était vrai il y a vingt ans : Nos patients avaient en moyenne un CAO de 1,1.*

*Les pays africains se sont depuis de plus en plus industrialisés et la population a modifié ses habitudes alimentaires. Nos CAO se retrouvent de fait désormais entre 4 et 6. Le nombre de caries progresse donc en Afrique et ceci est extrêmement grave puisque contrairement aux pays industrialisés nous n'avons pas de programme de prévention et nous disposons de peu de dentistes et de peu de matériel.*

*Le professeur PETERSEN appelait en conclusion à l'informatisation des données. Je profite de cette tribune pour lui indiquer qu'en Afrique, ces données n'existent même pas la plupart du temps, faute d'enquêtes pour les produire. Il faut donc commencer par un état des lieux avant de mettre en place des programmes.*

*Je lance donc un appel au professeur PETERSEN : il faut faciliter les enquêtes sur le sol africain afin d'avoir des données fiables qui nous permettront de mettre en place les bons programmes de prévention. Il en va du salut de l'Afrique.*

**Pr Poul-Erik PETERSEN**

*Vous avez raison de dire qu'il existe d'autres stratégies pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire en Afrique que le recours aux dentistes. Ceci est d'autant plus vrai que l'on compte en Afrique un dentiste pour 100 000 personnes!*

*Un changement des habitudes alimentaires, de style de vie, de stade socio-économique est certes intervenu pour nombre de pays africains. Leur défi aujourd'hui sera*

*Une statistique doit rester dans nos mémoires : sur une même classe d'âge et dans presque tous les pays considérés, environ 20 % des enfants cumulent les deux-tiers des besoins en matière de soins bucco-dentaires.*

*Si vous entrez aujourd'hui dans une classe d'école française ou canadienne, sur trente enfants, six vont cumuler les deux-tiers des besoins de réparation de caries.*

*Les stratégies de prévention adoptées par les pays scandinaves leur permettent aujourd'hui de concentrer l'essentiel de leurs efforts sur ces populations.*

d'éviter de reproduire les fautes qu'ont pu faire par exemple les pays européens, et de réaliser au plus tôt des programmes de prévention. Mieux vaut prévenir que guérir dit-on et j'ajouterais : autant le faire aujourd'hui plutôt que demain. Cela à travers des stratégies de population.

La Banque dispose par ailleurs de données sur la situation sénégalaise et nous travaillons actuellement à la réalisation d'un programme d'actions pour ce pays.

#### Un intervenant de la salle

Je souhaiterais évoquer les différentes stratégies de prévention et leurs résultats concrets. Il apparaît que dans certaine stratégie l'obligation faite au citoyen d'une visite annuelle chez son dentiste permet d'intervenir beaucoup plus rapidement sur la carie dentaire et de retarder voire annuler l'acte de prothèse qui s'ensuit. Cette politique se retrouve par exemple en Hollande.

On sait que ces actions, dans un premier temps, ont un caractère inflationniste en actes et donc en frais dentaires. Est-ce cette inflation et son coût à court terme qui font peur aux politiques et les empêchent de mettre en œuvre ce type de politiques? On peut l'imaginer.

#### Pr Maurice MORENAS

Il s'agit là de l'évaluation dont parlait le professeur PETERSEN entre le coût et le gain des politiques publiques. Or, on ne peut convaincre les dirigeants politiques ou les acteurs socio-économiques du bien-fondé de tel ou tel investissement qu'à partir du moment où l'on peut leur apporter des données.

Il a été dit tout à l'heure à raison que la bonne santé bucco-dentaire n'était pas seulement le fait de la bonne pratique des dentistes. Il existe un énorme problème de santé publique que l'on commence enfin à reconnaître aujourd'hui, celui de l'obésité des enfants. Quand notre collègue du Sénégal parle de l'augmentation de l'indice CAO elle est en rapport avec un facteur alimentaire. La problématique est d'intégrer l'ensemble des données relatives à l'état de santé général. C'est l'objectif que se fixait notre congrès : quelle santé publique pour quel système de santé. Quelles économies en terme de maintien de personnes en santé convenable et confortable pourraient générer des dépenses liées à une bonne capacité à la nutrition?

#### Un intervenant de la salle

Les données en la matière sont-elles seulement économiques et non pas aussi sociologiques ou plutôt même culturelles?

On constate dans notre pays une certaine inadéquation entre l'offre de soins et la liberté individuelle. Pour le BBD par exemple, malgré une prise en charge gratuite pour ces enfants, la population qui en aurait eu le plus besoin ne l'a pas utilisé.

Ne faudrait-il pas apporter une composante "coercitive" à ces politiques de prévention, c'est-à-dire une obligation de soins? Peut-être est-ce là que se situe la véritable volonté politique que les politiques n'auront peut-être jamais en France. Cette politique d'obligation se pratique pourtant dans d'autres pays.

#### Pr Daniel KANDELMAN

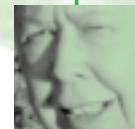
Pour n'importe quel pays en effet, l'organisation d'un système de prévention est avant tout une question de volonté politique. Les économies à moyen et long terme sont considérables et les pays ayant opté pour un système de prévention au sens large - les pays scandinaves en sont la parfaite illustration - en sont désormais à l'étape de la spécialisation des moyens vers les groupes à risque. Ils ont pu en effet contrôler en vingt ans la carie, alors même que celle-ci avait pourtant une très haute incidence dans ces régions.

Il faut effectivement au départ la volonté politique d'instaurer un système de santé publique qui permette de faire la promotion de la santé dans les écoles ou de prendre certaines décisions en matière de fluoruration, de manière à réduire le niveau d'attaque de la carie. Ces premiers éléments sont un préalable indispensable.

En Afrique par exemple et dans certaines régions d'Asie, la hausse de la carie est très importante pour des pays ayant désormais la possibilité d'acheter des aliments cariogènes. Seule la prévention permettra de faire des économies de coûts considérables pour contrôler cette attaque de la carie.

#### Pr Poul-Erik PETERSEN

Il est très difficile d'encourager les décideurs à inclure la prévention et lui donner la priorité dans les dépenses, parce que c'est un soin invisible que l'on ne peut pas constater. Le défi, donc, pour une association de santé publique est de développer des stratégies pour convaincre les décideurs à allouer autrement les ressources, sachant qu'on n'allouera pas beaucoup plus de ressources pour les systèmes de santé bucco-dentaires car dans le même temps que la réduction des caries dentaires d'autres problèmes sont survenus comme l'augmentation des cancers pour les adultes dans certains pays ou encore la question du diabète avec une population de plus en plus âgée. De nouveaux problèmes apparaissent également chez les jeunes. La consommation de Coca-Cola et autres produits de cet ordre est de plus en plus intensive. Si nous trouvons désormais peu de caries, se pose le problème de l'érosion des dents. La santé publique doit s'adapter à ces nouvelles données; c'est là son principal défi.



# Politique de prévention

## Ouverture

Dr Brigitte SANDRIN BERTHON  
*Chargée de mission – INPES*

Je suis invitée en ce début d'après-midi à vous présenter l'INPES : Institut national de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Il faudra s'habituer à ce nouveau sigle pour ceux qui connaissaient le CFES, Comité français d'éducation pour la santé, dont l'INPES a pris la place par la loi relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

Je voudrais resituer la création de cet institut dans une démarche plus générale de développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation du patient portée notamment par deux ministres Dominique GILLOT puis Bernard KOUCHNER qui ont souhaité mettre en place un plan national d'éducation pour la santé. Celui-ci a été présenté en Conseil des ministres en février 2001. Ce plan national a pour objectif de développer l'éducation pour la santé en France dans les cinq années à venir suivant trois axes.



En premier lieu l'éducation pour la santé doit devenir une mission de service public avec une équité de prestations sur l'ensemble du territoire. Cette intention s'est traduite par une circulaire qui demandait aux DRASS de définir un schéma régional d'éducation pour la santé sur le modèle des schémas régionaux d'organisation des soins. Il s'agit de faire un état des lieux dans chaque région en matière d'éducation pour la santé, en termes de pratiques, d'acteurs, de structures, de formations ; d'identifier les forces et les faiblesses puis d'affecter des moyens pour que ces faiblesses deviennent des forces afin d'assurer un développement équitable en France. Ces schémas régionaux seront achevés à la fin de cette année pour la moitié des régions ; nous espérons qu'ils le seront pour l'autre moitié vers mars 2003.

En France, l'éducation du patient repose surtout sur la bonne volonté des équipes soignantes. Il n'y a pas de système de financement admis partout. Le deuxième axe du plan national d'éducation pour la santé était donc de trouver les moyens de financer l'activité éducative des professionnels du soin, notamment en introduisant l'éducation dans la nomenclature des actes. Avec le changement de gouvernement, les choses sont suspendues et nous attendons que la nouvelle équipe reconsidère ce dossier.

Le troisième volet préconisait de développer la formation et la recherche dans le champ de l'éducation pour la santé parce que nous ne sommes pas encore très compétitifs en France. Cela explique par exemple que je travaille au sein d'une université belge, l'université catholique de Louvain. Il s'agit de développer, en éducation pour la santé, la formation initiale et continue des professionnels et la formation spécialisée universitaire. J'ai rendu un état des lieux des formations existantes en France à Monsieur KOUCHNER en mars 2002. Ce rapport concernait les médecins, les chirurgiens dentistes, les pharmaciens, les enseignants, les infirmières ainsi que les profes-

sionnels qui décident de se consacrer exclusivement à l'éducation pour la santé et suivent des formations spécialisées. L'Institut national de Prévention et d'Éducation pour la Santé a maintenant vocation à mettre en œuvre les recommandations formulées dans ce rapport.

Le CFES avait un statut associatif. L'INPES est un établissement public administratif : il a donc le même statut que les autres agences de santé (ANAES, InVS, AFSSA...).

#### L'INPES a trois missions :

- ▶ La mise en œuvre des programmes de prévention,
- ▶ l'expertise avec la labellisation, l'accréditation d'organismes et la définition de critères de qualité pour les actions de prévention et d'éducation,
- ▶ le développement de l'éducation pour la santé, y compris de l'éducation thérapeutique, sur l'ensemble du territoire. Cela signifie que nous devons travailler avec les professionnels concernés par ce développement, dont les chirurgiens dentistes.

Le CFES n'avait que des programmes thématiques. A partir de l'année prochaine, nous proposons de développer des programmes par lieux, en milieu scolaire, en milieu de soins, en milieu de travail, etc. Ces programmes seront construits avec les professionnels qui travaillent dans ces lieux. Courant 2003, nous espérons ainsi mettre en œuvre un groupe de travail avec des chirurgiens dentistes pour connaître leurs attentes vis-à-vis d'un institut comme le nôtre, réfléchir aux collaborations possibles, la façon de développer les formations en matière de prévention et d'éducation pour les chirurgiens dentistes, la mise en place de programmes innovants, etc. Sous réserve que ces programmes soient acceptés par notre ministère de tutelle et notre conseil d'administration, nous irons donc volontiers vers vous pour bâtir un programme commun. Nous sommes très soucieux que les programmes de prévention soient interprofessionnels. A l'INPES, nous nous efforcerons de réunir les différents acteurs de la prévention dans nos groupes de travail.

## État bucco-dentaire chez des enfants de 7 ans affiliés à la MSA

### données nationales et disparités régionales

Dr Laure MISRAHI

*Chargée d'études – Centre de recherches économiques sociologiques et de gestion (CRESGE) – Lille*

Le travail que je vais vous présenter résulte d'une collaboration entre le CRESGE, la Mutualité sociale agricole (MSA) et la Confédération nationale des Syndicats dentistes (CNSD). Il s'agit d'une action expérimentale nationale de prévention intitulée " prophylaxie et soins dentaires chez l'enfant " conduite pendant trois ans à la MSA et



la CNSD et destinée aux ressortissants agricoles. Les enfants étaient invités chez le chirurgien dentiste de leur choix qui réalisait un examen de prévention, éventuellement complété de la pose de scellements de sillons et de soins consécutifs. Le CRESGE a été chargé d'évaluer cette action. Un des objectifs de cette étude était d'obtenir des données épidémiologiques sur l'état bucco-dentaire et l'hygiène de vie d'un échantillon important d'enfants de 7 ans. Il s'agissait à la fois d'obtenir des données nationales et d'évaluer les disparités régionales.



## Matériels et méthodes

Nous avons constitué plusieurs cohortes : les invités et les témoins. Les invités, nés entre le 22 septembre 1991 et le 21 septembre 1994, étaient sollicités pour participer à l'action alors que les témoins, nés entre le 22 mars 1991 et le 22 septembre 1991, ne l'étaient pas. Les invités se distinguaient selon deux sous-groupes : les invités participants et les invités non participants. A la différence des seconds, les premiers avaient adhéré à l'action et reçu un examen de prévention.

Nous avons recueilli plusieurs types d'informations. Concernant l'examen de prévention, nous avons mesuré chez les invités participants les indices cao lactéal et CAO de 6 ans, définitif et

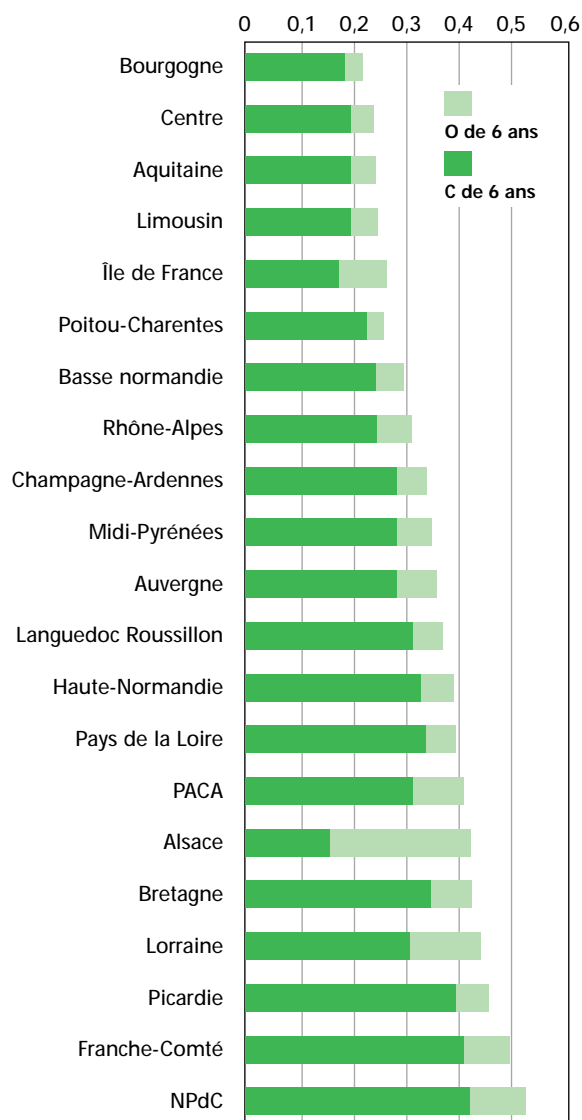
mixte. Nous avons calculé la ventilation des indices cao lactéal et CAO de 6 ans et mesuré les habitudes hygiéno-diététiques et les besoins en soins. Nous avons aussi mesuré les soins consécutifs sur les dents de 6 ans pendant trois ans, ce qui a été également fait chez les invités non participants et les témoins, mais ceci n'est pas présenté aujourd'hui. Nous avons calculé un score hygiéno-diététique qui intégrait plusieurs paramètres : brossage des dents, alimentation équilibrée, apport de fluor, surveillance antérieure. Quand la réponse était négative, le score prenait la valeur de 0. Quand elle était positive, le score était de 1. Les valeurs pouvaient donc aller de 0 (score le plus mauvais) à 4 (meilleur score).

## Les résultats nationaux

- ▶ Le cao lactéal moyen est de 1,37.
- ▶ Le CAO définitif moyen est de 0,37.
- ▶ Le CAO des dents de 6 ans moyen est de 0,36.
- ▶ Le CAO mixte moyen est de 1,74.
- ▶ 55 % des enfants ont un indice CAO mixte égal à 0. Ce pourcentage est de 83,4 % pour les dents de 6 ans.
- ▶ 37,3 % des enfants n'ont jamais consulté un chirurgien-dentiste.
- ▶ La part du C au sein du CAO mixte est de 0,68. Pour les dents de 6 ans, ce pourcentage est de 0,82.
- ▶ 36 % des enfants avaient une dent cariée à faire soigner. Ce pourcentage est de 14,1 % pour les dents de 6 ans.
- ▶ Les CAO sont les plus élevés chez les enfants de salariés d'exploitations agricoles et les plus faibles chez les enfants de salariés d'organismes.
- ▶ Le pourcentage d'enfants n'ayant pas eu de prise en charge antérieure est le plus élevé dans la profession des salariés d'exploitations agricoles (43,2 %). C'est dans la profession des salariés d'organismes que les enfants ont eu le plus de soins préventifs (43,5 %).
- ▶ Le score hygiéno-diététique moyen au niveau national est de 2,54. 47,1 % des enfants ont un score inférieur ou égal à 2 mais seulement 17,1 % ont un score égal à 4.
- ▶ La corrélation entre les indices CAO et le score hygiéno-diététique montre que plus ce dernier est bon, plus le CAO l'est et inversement.
- ▶ Le score hygiéno-diététique est le meilleur chez les salariés d'organismes (2,66) et le plus faible chez les salariés d'exploitations agricoles (2,29).

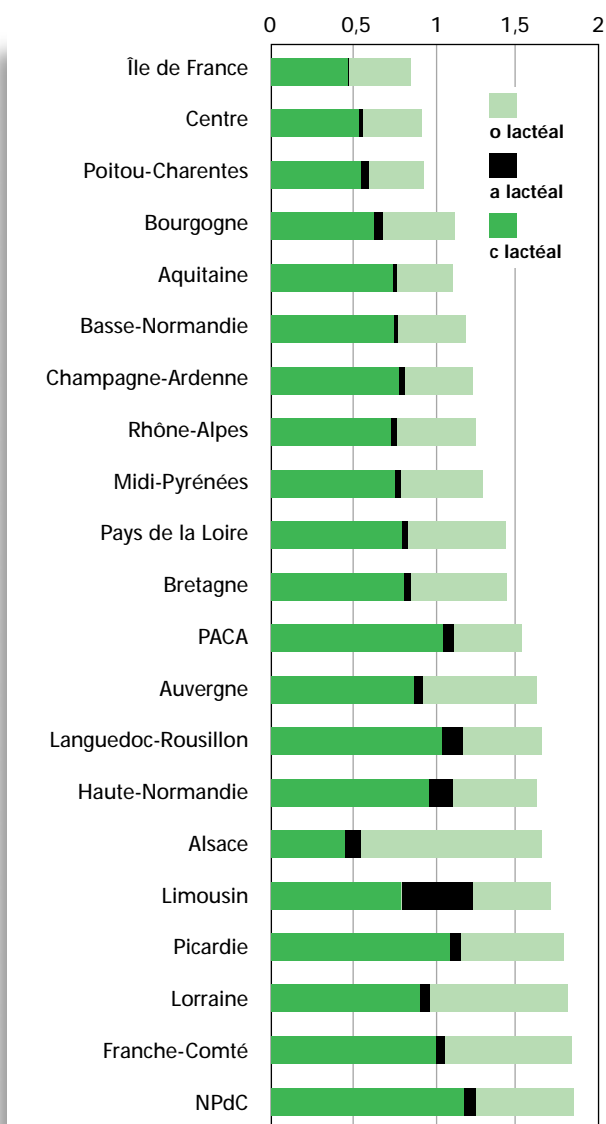
## Les résultats régionaux

Répartition de la composante C et de la composante O pour les dents de 6 ans en fonctions des régions

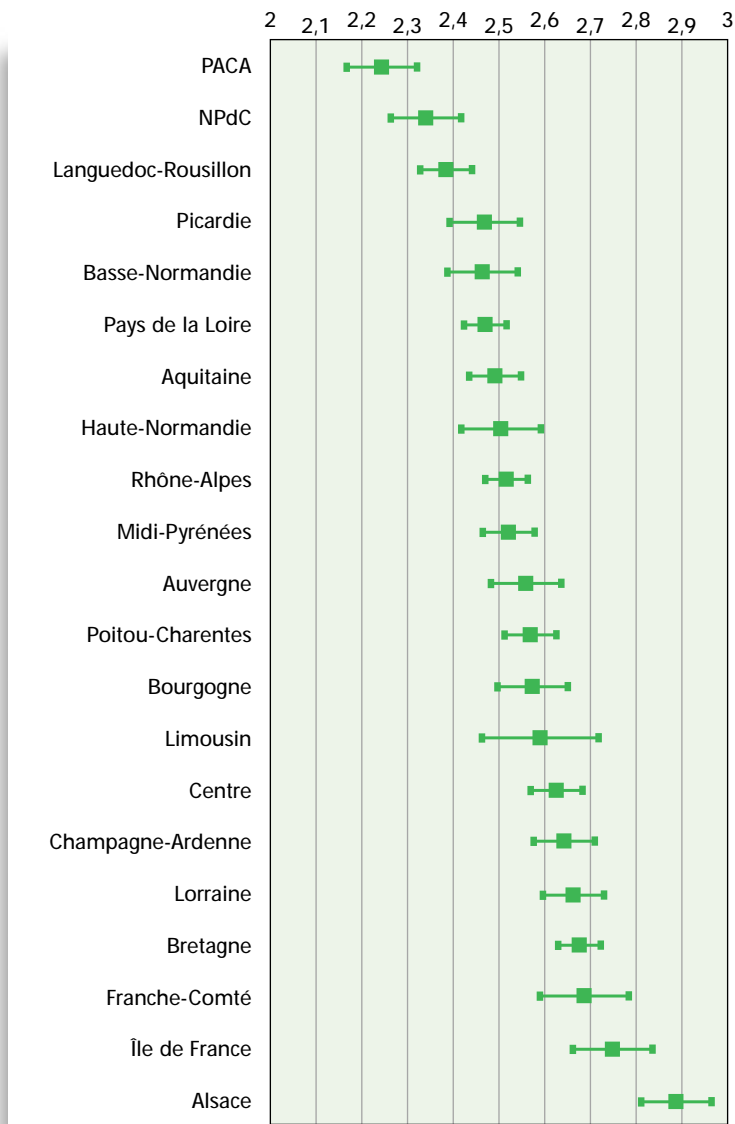




### Répartition du c lactéal, du a lactéal et du o lactéal en fonction des régions



### Score hygiéno-diététique en fonction des régions



En ce qui concerne la répartition des composantes C et O pour les dents de 6 ans :

- ◆ La composante C est la plus faible en Bourgogne et la plus élevée dans le Nord-Pas-de-Calais.
- ◆ La composante O est la plus élevée en Alsace.

En ce qui concerne la répartition du c lactéal, a lactéal au niveau des molaires et du o lactéal :

- ◆ La composante c est la plus faible en Ile-de-France et la plus élevée dans le Nord-Pas-de-Calais.
- ◆ Le a lactéal est le plus élevé dans le Limousin.

Le score hygiéno-diététique est le plus faible dans la région PACA et le meilleur en Alsace.

Nous pouvons nous interroger sur les résultats concernant la région Alsace. En effet, cette région présente un très bon score hygiéno-diététique mais les obturations sont très élevées. Cela signifie peut-être que les scellements ont pu être notés comme des obturations. Dans le Nord-Pas-de-Calais, il y a un mauvais état bucco-dentaire, de la même façon que dans d'autres domaines de la santé.

Enfin, le Fonds national de Prévention et d'Éducation en Intervention sanitaire (FNPEIS) concernait huit régions pilotes ; les chirurgiens dentistes et les patients ont pu être influencés par ce programme.

### Conclusion

Cette étude a eu le mérite de confronter les points de vue des différents acteurs du système de soins (professionnels de santé, assurés et MSA). Elle a aussi tenté de montrer les disparités sur l'état bucco-dentaire et les besoins en soins. Par ailleurs, ces données pourront alimenter les Observatoires Régionaux de la Santé afin que les actions de prévention soient mieux ciblées.

## La santé bucco-dentaire des jeunes franciliens de moins de 20 ans

Dr Évelyne BAILLON-JAVON

*Chef de projet déléguée – Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Ile-de-France*



La première phase du programme initié en 2000 par l'URCAMIF sur la santé bucco-dentaire des jeunes Franciliens de moins de vingt ans a consisté en une étude approfondie de l'existant de cette santé. Nous en sommes au début de la deuxième phase que j'appelle "des constats à l'action" puisque la finalité de ce programme est d'obtenir une amélioration de la santé bucco-dentaire de ces jeunes.

Pourquoi ce choix des moins de 20 ans ? Outre le fait que le plan stratégique de l'assurance maladie prévoit depuis 1999 de redéployer les dépenses dentaires en priorité vers cette population, ces jeunes représentent 26,3 % de la population de l'Ile-de-France et 76 millions d'euros par an de prestations dentaires par l'assurance maladie. Nous savions aussi que des besoins de soins importants non couverts existaient malgré les dispositifs de prévention.

Pour l'état des lieux nous avons procédé selon plusieurs approches :

- ▶ une étude statistique à partir d'une année complète de remboursements par l'assurance maladie en 1999 ;
- ▶ une enquête sous-traitée à un institut de sondages, Démoscopie, à partir de 1200 interviews d'environ 20 minutes auprès des jeunes et des parents ;
- ▶ la réalisation de plus de 5000 examens cliniques par les chirurgiens dentistes conseils pour évaluer les pratiques professionnelles.

Les constats sont très nombreux, chiffrés, descriptifs et objectifs. Ils constituent une base documentaire importante sur la consommation, les besoins, les pratiques professionnelles et la prévention. Ils nous permettent d'exposer la problématique et surtout, de proposer des actions pour des améliorations. Ils posent des indicateurs qui permettront de mesurer l'impact des actions mises en place.

### Le premier tome de notre rapport

Il concerne la consommation dentaire en 1999. L'un des principaux constats est que cette consommation est jugée trop faible avec seulement 22 % de consommateurs. Lorsque l'on sait que les données des dépistages montrent 30 à 40 % de besoins de soins, que tous nos dispositifs d'éducation pour la santé visent, entre autres, à dire aux jeunes d'aller consulter leur chirurgien dentiste au moins une fois par an, nous sommes loin des 100 % souhaités. De plus, cette consommation est trop tardive puisqu'une augmentation du nombre moyen annuel d'actes réalisés est constatée. Ce nombre est de 0,87 pour les 0-5 ans et de 1,99 chez les 17-19 ans. D'ailleurs il n'y a que 12 % de consultations chez les 6-12 ans. L'étude montre aussi un reste à charge important (ticket modérateur, dépassements d'honoraires) et une absence de lien direct entre la consommation et l'offre de soins. Cela laisse à penser que le non recours aux soins a d'autres origines que la simple offre des professionnels.

### Le deuxième tome de notre étude

Fondé sur les rapports des différents dispositifs de prévention de la région, il traite des besoins

en soins d'un point de vue clinique. Nous observons encore des besoins de soins importants chez les moins de 12 ans. A 11 ans, quatre enfants sur dix en moyenne ont encore besoin de soins et un enfant sur dix a au moins trois dents cariées. Nous observons aussi une influence marquée des facteurs socio-économiques et culturels sur le niveau de conscience de l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire et sur les conséquences d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire.

### Le troisième axe de notre étude

C'est l'enquête menée par la société Démoscopie sur les motifs de non recours aux soins. Le premier enseignement montre que si les messages de prévention sont connus, ils sont encore très imparfaitement appliqués. 89 % des jeunes ne se brossent jamais les dents le midi. Si la moitié des jeunes se brosse effectivement les dents deux fois par jour, le brossage du soir est fortement délaissé par les jeunes de plus de treize ans au profit du brossage du matin. D'autre part, une majorité de parents attend un problème pour consulter, quelle que soit la classe sociale. Ils font essentiellement confiance à leur autodiagnostic ou au médecin qui suit leur enfant. Il y a aussi une méconnaissance importante des liens entre la santé générale et la santé bucco-dentaire. Les pathologies dentaires sont déclarées "pas graves", "pas urgentes", jamais prioritaires. Si la douleur passe, on pense qu'il n'y a plus besoin de soins. Elle n'est pas du tout perçue comme un révélateur de besoins de soins.

En ce qui concerne le renoncement aux soins, le motif financier est le moins fréquent (7 %).

L'expérience passée du jeune ou du parent est citée dans 8 % des cas. Les motifs les plus fréquents concernent l'absence de conscience de la gravité (21 %) ou la disponibilité de l'offre (17 %), les parents faisant état de la difficulté à trouver un rendez-vous ou un professionnel qui leur convienne. Parmi les motifs financiers, en particulier pour la classe intermédiaire qui subit l'effet de seuil des dispositifs sociaux comme la CMU, l'avance des frais pose le plus de problèmes. Ces chiffres montrent que le problème est beaucoup moins lié à ce facteur financier qu'à un manque de conviction des parents et des jeunes de l'importance de leur santé bucco-dentaire.



Nous avons cherché les leviers qui permettraient d'améliorer les choses. La principale attente des parents est l'instauration d'une consultation annuelle gratuite. Ils attribuent à l'école une place de choix, tant pour les messages de prévention que pour un dépistage. Ils seraient également motivés par leur médecin si celui-ci leur expliquait les liens avec la santé générale. Enfin, ils sont très demandeurs de facilitation pour le recours aux soins.

### Le quatrième axe de notre étude

Il a porté sur un état des lieux des actions de prévention existantes sur la région. Nous avons noté une hétérogénéité très marquée de tous les dispositifs, aussi bien dans les programmes que dans les modalités d'accès aux soins consécutifs. Nous avons aussi relevé des points faibles avec une concentration en primaire et sur certaines zones et un engagement variable des professionnels de santé, tant dans les dispositifs de prévention, que dans les soins aux jeunes en raison de leur spécificité, de leur faible rémunération et de la complexité des différentes formes de leur prise en charge. Tout ceci rend difficile l'évaluation médico-économique des dispositifs.

Nous avons ensuite cherché à évaluer les pratiques professionnelles, notamment en termes de soins et de prothèses dentaires, avec l'examen de 1 727 jeunes par les chirurgiens dentistes conseils.

*L'âge est un facteur qui influe fortement sur la qualité des soins.*

Il en ressort que les actes sont majoritairement de qualité puisque huit soins sur dix sont conformes à un référentiel élaboré avec des professeurs des deux facultés de chirurgie dentaire de la région. Plus l'enfant grandit, plus le pourcentage d'actes non conformes diminue. Le matériau utilisé est aussi un facteur déterminant. Lorsque le cas est difficile, les praticiens utilisent en majorité l'amalgame qui vieillit mieux dans le cas d'une réalisation imparfaite. Ces difficultés s'expliquent par les pathologies spécifiques au jeune âge, souvent des pathologies traumatiques, et par un contexte émotif fréquent.

En matière de préconisations, nous avons déterminé trois grands axes de travail :

- ▶ une communication importante de ces résultats à tous les acteurs de la santé bucco-dentaire d'Ile-de-France pour les informer et les sensibiliser à la nécessité d'agir ;
- ▶ un travail d'impulsion pour la mise en place d'un programme régional de prévention bucco-dentaire ;
- ▶ la promotion d'un certain nombre d'actions complémentaires.

Plusieurs pistes d'amélioration s'articulent autour d'un programme construit sur une base multipartenariale. Chacun des partenaires doit trouver sa place dans un schéma d'organisation régionale. Ces partenaires sont :

- ◆ les professionnels de santé, dentaires mais aussi tous les professionnels qui peuvent avoir à s'occuper de prévention bucco-dentaire : les médecins, les services sociaux, etc ;
- ◆ les régimes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires ;
- ◆ l'Éducation nationale ;
- ◆ les collectivités territoriales ;
- ◆ les assurés sociaux.

Ce programme régional de prévention est dénommé ARCADE, Action régionale contre les Atteintes dentaires des Enfants. Il vise avant tout à généraliser et harmoniser ce qui existe déjà pour générer plus d'égalité entre les enfants sur la région Ile-de-France. Il vise également à garantir l'efficacité des actions de prévention en améliorant la maîtrise de leurs suites et enfin, à développer le dépistage ODF pour que débute une prise en charge des enfants à l'âge optimum.

Le principe général est d'intervenir le plus tôt possible, au moment où l'impact des messages est maximal pour faire prendre de bonnes habitudes aux enfants et aux parents. Le principe opérationnel est un système de labellisation garant de la qualité et de la cohérence sur l'ensemble de la région. Ce projet se veut un référentiel de qualité pour renforcer l'efficacité des dispositifs existants et la qualité des actions à venir.

Ce qui a été fait jusqu'à maintenant par tous les dispositifs existants est remarquable mais nous avons atteint un palier. Le CAO n'évolue plus et le petit groupe d'enfants très atteints ne bénéficie pas de l'amélioration.

Concernant l'orthopédie dento-faciale, 4 000 jeunes ont été examinés dans les services dentaires. Lorsque le traitement est commencé avant 12 ans, une amélioration plus rapide et un traitement plus court sont observés. Le report de la limite d'âge de 12 à 16 ans a une réelle utilité sociale pour les enfants qui n'ont pas pu consulter plus tôt. Cependant, dans la majorité des cas, l'idéal est que l'enfant commence à être suivi par un professionnel au plus tard vers 10-12 ans.

Le système actuel de prise en charge par semestre n'est pas satisfaisant car il ne prend en compte ni la complexité, ni les moyens utilisés.

De plus, il ne permet pas au chirurgien dentiste conseil d'avoir une vision globale du traitement entrepris et un vrai dialogue entre confrères sur le traitement mis en œuvre.



Les résultats de l'étude ont mis en lumière les leviers possibles que sont l'école, les relais et les médecins sur lesquels nous allons nous appuyer. Nous sommes en train de construire trois labels.

Le label **"I"** (information) concerne les actions en direction des futurs parents et parents de jeunes enfants (0-3 ans) visant à améliorer l'éducation des enfants et des parents par des supports pédagogiques adaptés, une sensibilisation et une formation des relais.

Le label **"IES"** (Information - Éducation pour la santé) concerne les actions d'éducation du jeune enfant et d'apprentissage du brossage en maternelle.

Pour ces deux labels des procédures d'évaluation de la portée des messages sont prévues.

Le troisième label **"IDES"** (Information, dépistage, Éducation pour la santé) introduit la prévention secondaire avec le dépistage en milieu scolaire en ciblant deux niveaux : 1<sup>er</sup> niveau de Grande section à CE1 et 2<sup>e</sup> niveau CM1. L'inscription des scellements à la nomenclature justifie d'orienter les enfants le plus tôt possible vers les soins préventifs. Le CM1 est l'âge optimal pour dépister l'ODF.

Les dispositifs de prévention qui ne seraient pas totalement en adéquation avec ces âges peuvent malgré tout obtenir le label ARCADE, en adoptant les critères de qualité de ces labels. Le but du dépistage est d'adresser les enfants vers les cabinets dentaires afin qu'ils soient pris en charge puis suivis par la profession. Il y a un réel problème de prise de rendez-vous et de suivi par les familles. Il est nécessaire de motiver les familles par l'intermédiaire de l'école ou des médecins.

Un des objectifs de ce programme est de former des relais qui travailleront auprès des jeunes et des parents, d'intégrer l'odontologie dans une organisation pluridisciplinaire pour que le bucco-dentaire ne soit plus le grand oublié d'un certain nombre d'autres professionnels.

La solution se trouve probablement dans la constitution de réseaux multidisciplinaires, capables d'assurer la prise en charge de ces enfants tant dans la dimension d'éducation que pour la réalisation des soins nécessaires. La création d'un réseau est toujours assortie d'un certain nombre de procédures financières comme la prise en charge à 100 % ou le tiers payant ainsi que d'une formalisation du dossier de suivi.

Pour aider à la construction de ce programme, l'assurance maladie va développer des moyens humains, logistiques et financiers. Elle va impliquer ses animateurs de prévention dans la formation des relais, diffuser des outils pédagogiques et informer sur les outils pédagogiques existants, concevoir des procédures d'évaluation avec ses partenaires, simplifier la vie des professionnels en essayant de créer un module bucco-dentaire unique pour coordonner les différents moyens de financement.

En conclusion, le programme ARCADE est un cadre de travail en partenariat. Les labels sont des normes de qualité, des procédures et des modes opératoires visant à harmoniser les actions.

En conclusion, avec ARCADE, nous formons l'espoir que nous réussissons ensemble à créer une réelle synergie au niveau de la région Ile-de-France, pour que la santé bucco-dentaire ait toute sa place dans l'esprit des parents et dans celui des autres professionnels de santé.

*Les labels sont aussi des conseils pour ceux qui voudraient se lancer dans la prévention, une aide logistique de l'assurance maladie.*

## Le plus grand cabinet dentaire du monde prévention et thérapeutique pour 270 000 écoliers

Pr Paul RIORDAN

*Expert en santé publique – Service dentaire scolaire – Perth – Australie occidentale*

L'Australie occidentale a un service dentaire scolaire pas ou mal connu en Europe mais qui doit nous intéresser au regard des interventions de ce matin car il atteint beaucoup de buts qu'on doit avoir.

Dans les années 60, nous avons beaucoup de caries dentaires en Australie et peu de dentistes. La profession a alors d'abord proposé la fluoruration de l'eau puis la création d'auxiliaires dentaires, les thérapeutes pour le service scolaire et les hygiénistes pour les cabinets privés.



L'Australie occidentale étant vaste et peu peuplée, des subventions ont été données pour les soins dentaires des adultes qui habitent hors des villes. Un programme d'éducation pour la santé dentaire des enfants a été mis en place.



Le service dentaire scolaire est planifié pour la population. En Australie occidentale, chaque tranche d'âge est constituée d'environ 25 000 enfants. 275 000 enfants de 5 à 17 ans ont donc accès au service dentaire scolaire qui est très populaire puisqu'il est fréquenté par plus de 90 % des enfants en école primaire et 65 % des adolescents.

Il y a environ 200 000 patients par an car le taux de caries est tel qu'il n'est pas nécessaire d'exa-

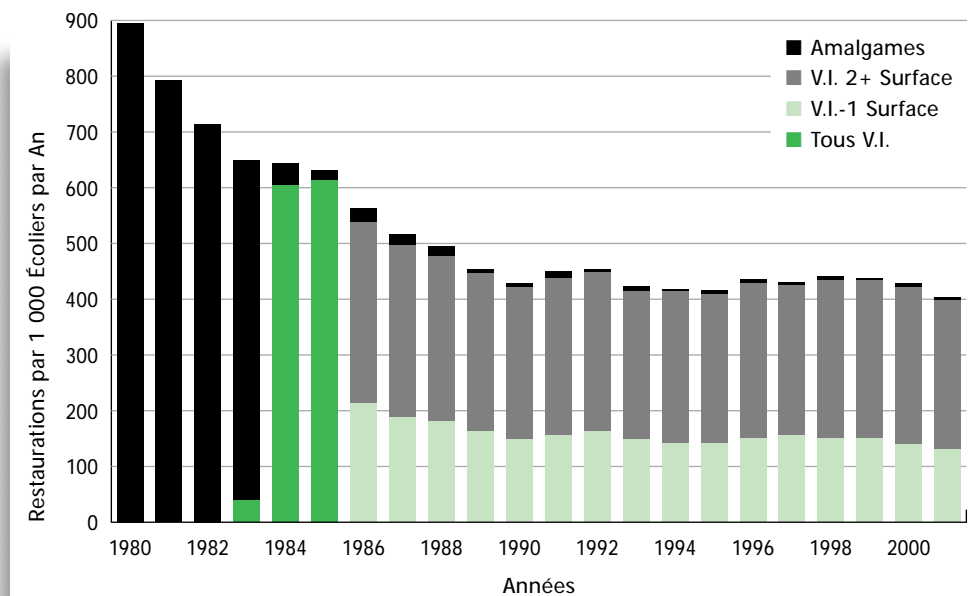
miner tous les enfants chaque année. La surface à couvrir étant très étendue et de ce fait les distances entre les cliniques étant très grandes, nous utilisons des cabinets dentaires mobiles en dehors des villes. La plupart des cliniciens sont des thérapeutes dentaires. La gestion du service, basée à Perth, a besoin d'un système d'information pour savoir ce qui se passe dans le service et connaître l'état de santé bucco-dentaire.

Nous avons 105 cliniques fixes, la plupart sur le site des écoles, qui couvrent chacune 3 à 6 écoles et 40 cliniques mobiles. Il s'agit de caravanes avec deux fauteuils qui restent en moyenne trois à quatre semaines dans un endroit après avoir été annoncées. Chaque arrêt est équipé d'eau, d'électricité et d'égouts. 130 thérapeutes dentaires travaillent sous la surveillance de 25 dentistes. Il y a une assistante clinique pour deux thérapeutes. 35 personnes travaillent à l'administration, à l'entretien et à la bibliothèque.

La participation aux soins dentaires est volontaire. Quelques parents préfèrent que leur enfant aille en cabinet privé. Un enfant est examiné par un dentiste quand il commence l'école, à environ cinq ans, puis tous les trois ou quatre ans.

Les thérapeutes font l'examen des patients, l'éducation à la santé soit en clinique soit le plus souvent dans les classes et les traitements simples : traitements préventifs, restaurations, pulpotomies, extractions de dents temporaires. Ils adressent l'enfant à un dentiste pour les soins plus complexes et l'orthodontie. Le thérapeute peut

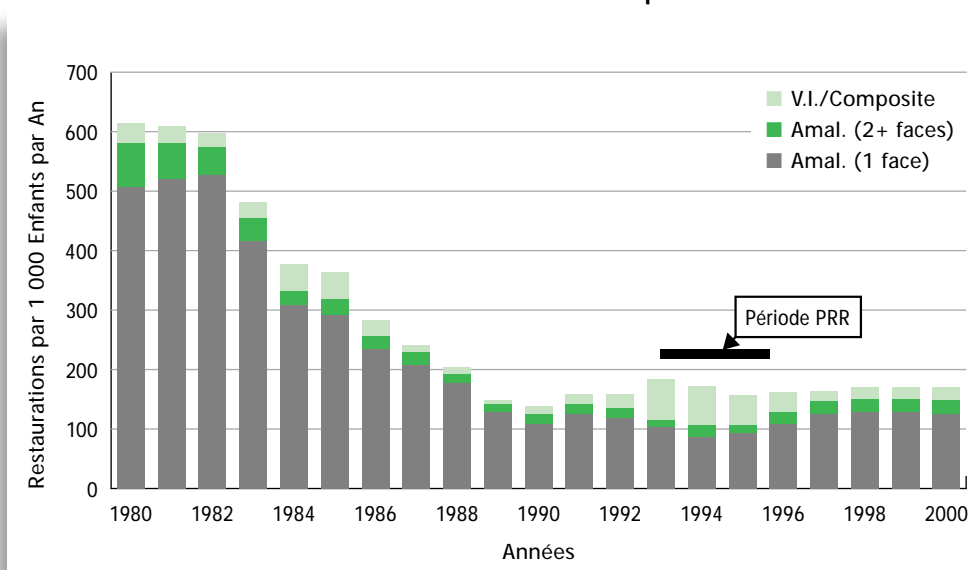
**Évolution des restaurations sur dents temporaires**



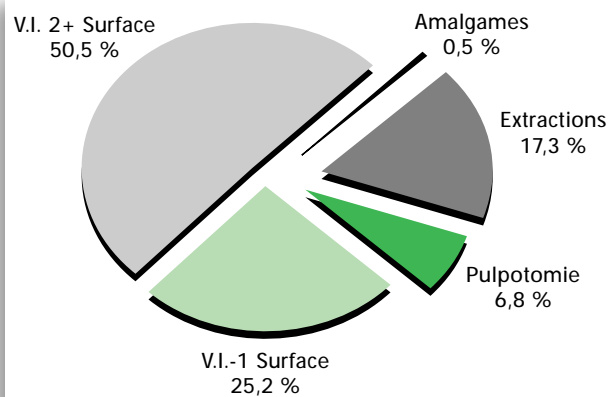
toujours appeler son dentiste surveillant à sa clinique ou lui envoyer l'enfant. Il y a une sorte de plan régional pour qu'un dentiste ne soit jamais loin en cas d'intervention trop difficile pour le thérapeute comme par exemple les traumatismes dentaires.

Pour la gestion on recueille des données. Chaque acte réalisé en clinique est rapporté par écrit. Un sommaire est réalisé quotidiennement et un autre mensuellement qui sont envoyés à Perth pour être informatisés. L'enquête sur l'état de santé bucco-dentaire est réalisée à partir d'un échantillon d'enfants, sélectionnés par la date de naissance, qui représente environ 11,3 % de la population totale.

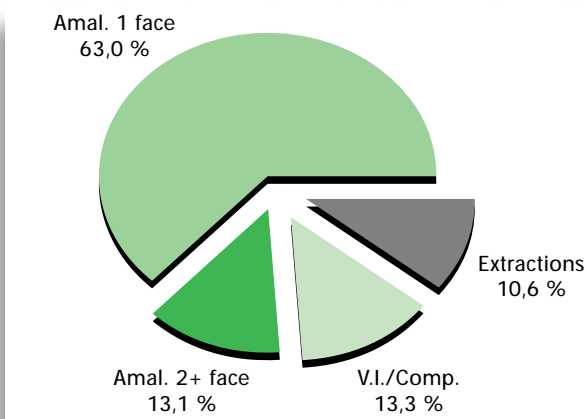
### Évolution des restaurations sur dents permanentes



### Traitements sur dents temporaires 2001



### Traitements sur dents permanentes 2001



En ce qui concerne les traitements, nous disposons de données depuis 1980. Au début, on faisait des amalgames sur les dents temporaires. En 1983, un petit essai a été réalisé avec les verres ionomère qui ont fait leurs preuves pour le traitement des dents de lait. Nous avons donc donné l'ordre d'employer les verres ionomères et à partir de 1984, quasiment tout le monde les a utilisés. En ce qui concerne les dents permanentes, il s'agit presque uniquement d'amalgames à une face dans les fissures des molaires. Il est intéressant de noter que de 1993 à 1995, on a mis davantage de composites et verre ionomère car on avait découvert ce qu'on appelle en anglais la "préventive resine restoration" qui consiste à faire un trou dans les fissures pour s'assurer qu'il n'y a pas de carie. Nous avons alors décidé de ne plus acheter ces matériaux et le nombre des restaurations a chuté.

Les traitements réalisés sont très simples. En 2001, 96 792 actes ont été réalisés sur les dents temporaires. Les trois-quarts des actes étaient des verres ionomères. Pour les pulpotomies, la digue et les anesthésies locales sont utilisées. Le taux d'extraction est assez haut (17,3 %) mais il me semble qu'il s'agit quelquefois de dents sur le point de tomber qui sont notées parce que les thérapeutes croient

qu'on utilise ces données pour savoir si ils font leur travail. Maintenant, nous n'avons quasiment pas d'amalgames.

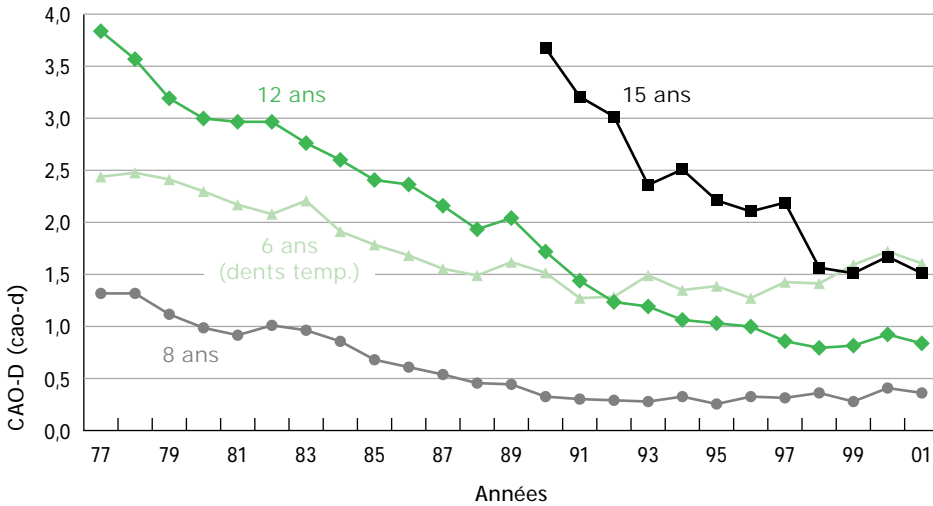
En ce qui concerne les dents permanentes, nous avons seulement 51 533 actes de restauration, essentiellement des amalgames à une face. Il n'y a quasiment jamais d'extraction suite à une carie dentaire.

En ce qui concerne la santé, nous mesurons le CAO-D. Le CAO de 12 ans est à 0,9 et il y a a priori peu à gagner maintenant.

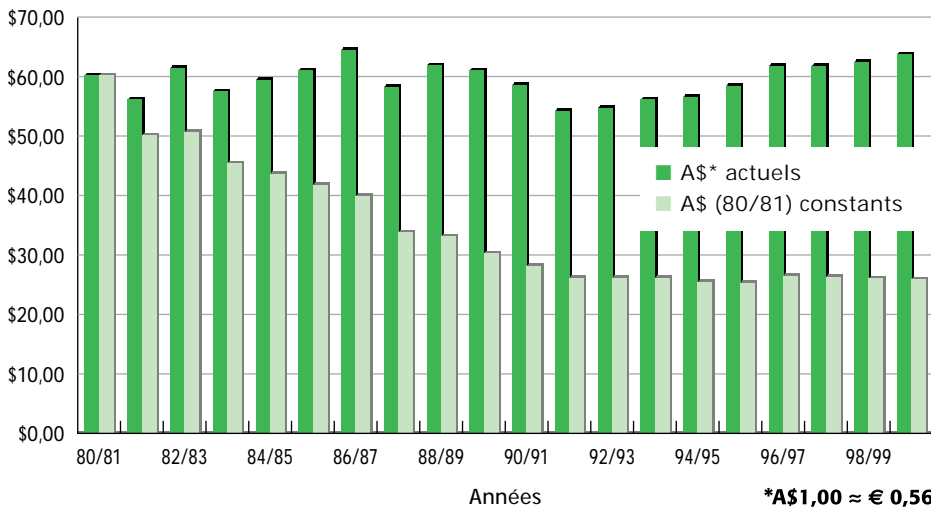
En moyenne, chaque enfant ne coûte qu'une trentaine d'euros par an ce qui est bon marché par rapport à l'Europe. Une des raisons de ces coûts bas est que nous avons augmenté l'intervalle entre les examens. L'objectif maintenant c'est 18 mois mais ce sont les cliniciens qui décident. En fait cela devient moins cher car les coûts sont à 80 % les coûts des gens qui travaillent.

Ces données montrent que les besoins de traitement des enfants de ces âges sont simples. Avec deux ans et demi de formation, les auxiliaires sont capables de fournir ce service, avec l'aide d'un dentiste. Ce service qui fonctionne très bien est beaucoup moins onéreux qu'en Europe. Les résultats en CAO sont meilleurs que ceux de n'importe quel pays européen. Il me semble qu'un tel service pourrait être utilisé ici mais je n'ai pas beaucoup d'espoir. Ce modèle peut fonctionner dans les pays de l'Est qui manquent d'argent.

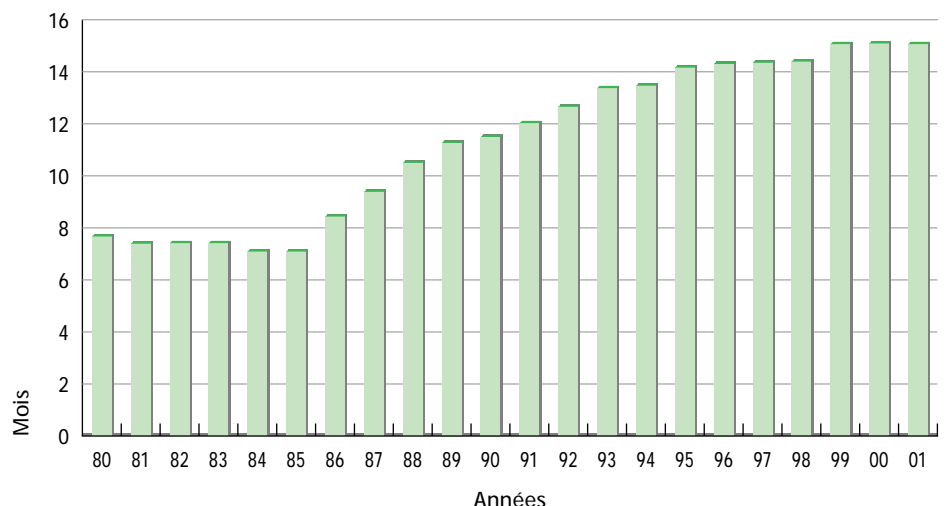
**Indice CAO-D (cao-d) 1977-2001**



**Évolution des coûts (A\$/enfant/an)**



**Intervalle entre les examens, 1980-2001**





## Sucre, substituts de sucre quelles sont les nouvelles perspectives en matière de prévention de la carie dentaire?

Pr Daniel KANDELMAN

*Directeur du département de santé buccale –  
Faculté de médecine dentaire – Université de  
Montréal*

Je vais parler de nouveaux concepts en cariologie concernant l'alimentation car les choses ont beaucoup changé depuis vingt ans.

La carie a toujours été considérée comme une maladie où quatre facteurs étaient impliqués : les bactéries, le sucre, le temps et la résistance individuelle mais elle était alors représentée comme la simple convergence de ces facteurs. À l'heure actuelle, on conçoit beaucoup plus la carie comme un processus dynamique et moins schématique. Les mêmes facteurs sont présents mais avec une interrelation extrêmement importante, au point qu'il est aujourd'hui difficile d'attribuer à un sucre particulier, mais également à une bactérie ou à une quantité ou qualité de plaque, la cause de la carie. C'est pourquoi on s'interroge beaucoup sur la détection du risque de carie et des facteurs prépondérants du risque. En ce qui concerne uniquement le régime alimentaire, certains facteurs sont beaucoup plus importants que le type de glucides. La fréquence de consommation, le pouvoir acidogénique des aliments, la quantité de sucre absorbé sont des facteurs qui peuvent faire varier le facteur alimentaire.

Un autre élément important nous oblige à faire évoluer les concepts; la répartition de la carie n'est plus la même qu'il y a vingt ans. Le professeur PETERSEN nous a montré que, dans la plupart des pays industrialisés, nous avons eu une baisse de la carie de 30 à 35 % et je vous indiquais ce matin que plusieurs études tendent à montrer que le risque de carie s'accumule sur un certain nombre d'enfants. Les stratégies de prévention ne peuvent être les mêmes pour les groupes à risque et pour la population exposée



au fluor qui a de bonnes méthodes d'hygiène buccale. En 1975, les enquêtes épidémiologiques montraient que les enfants des écoles défavorisées de Montréal avaient tous des caries. Aujourd'hui, dans ces mêmes classes, peu d'enfants accumulent la plupart des risques de carie. Aussi bien au niveau préventif que curatif, avec un corps de santé publique qui n'est pas indéfiniment extensible, nous avons été contraints de modifier nos stratégies.



Le professeur PETERSEN a lui aussi expliqué que, dans les pays scandinaves, à partir du moment où on a observé qu'on contrôlait la carie sur une partie de la population on s'est plus penché sur les populations à risque. Il y aura donc des stratégies de prévention en matière de nutrition différentes entre la population qui présente peu de risques et celle qui en présente.

*La situation est identique en Suède.*

Il faut s'interroger sur l'évolution de la carie par rapport à l'alimentation. Les statistiques de la carie réalisées en Suisse depuis 70 ans montrent une augmentation considérable des enfants exempts de caries depuis les années 60, grâce aux politiques de prévention et au fluor, alors que la consommation de sucre a augmenté pour se stabiliser à un niveau très élevé. On ne peut donc pas accorder la même responsabilité au sucre sans se rendre compte qu'une interrelation entre les différents facteurs peut expliquer que certaines catégories d'enfants plus protégés, par exemple parce qu'ils ont été exposés au fluor ou qu'ils ont de bonnes habitudes d'hygiène, résisteront beaucoup mieux à la même quantité ou au même type de sucres absorbés.

En matière d'alimentation, le risque cariogénique se définit seulement de la façon suivante :

**Risque cariogénique des aliments = cariogéné-  
nicité des aliments - facteurs de protection**

Il est donc impossible de relier la cariogéné-  
nicité des aliments à une seule de leurs propriétés phy-  
siques ou de leurs caractéristiques. Le concept  
"Ne mange pas de sucre et tu n'auras pas de  
carie" est un peu simpliste et dépassé. Il ne faut  
pas encourager les enfants à manger du sucre  
mais sur le plan thérapeutique, on ne peut pas  
considérer les deux populations à faible et à haut  
risque de carie de la même façon. Il y a des  
enfants exempts de caries dont la plaque pré-  
sente un pH salivaire neutre et qui n'atteindra pas

La cariogéné-  
nicité des aliments dépend de plusieurs facteurs :

- ▶ La production acide  
Elle est fonction du type de sucre mais dépend également de la spécificité bactérienne.
- ▶ Le degré de rétention des hydrates de carbone fermentescibles  
La vitesse d'élimination des sucres est un facteur très important et souvent négligé. Certains aliments, de part leur structure, s'éliminent moins rapidement et même s'ils contiennent moins de sucre ils vont être aussi cariogènes car ils restent plus longtemps. Par exemple, le pain blanc, que l'on ne pensait pas du tout cariogène, reste très longtemps en bouche avec des hydrates de carbone fermentescibles alors qu'un caramel en fonction de sa consistance, peut s'éliminer rapidement. Le concept qui consiste à croire que seul le sucre raffiné est cariogène est donc exagéré.
- ▶ La fréquence de prise  
Une étude conduite à Vipeholm par Gustavson dans une institution a observé l'influence de la fréquence de la consommation de sucre. Elle montre que lorsque les sucreries sont "grignotées" à longueur de journée les dents sont de façon prolongée dans un milieu acide susceptible de les déminéraliser.
- ▶ La séquence alimentaire  
Comment peut-on agir pour faire remonter rapidement le pH et donner des facteurs favorisant la reminéralisation? S'il est délicat sur le plan gastronomique de proposer à un Français de manger du fromage en fin de repas cela permet toutefois incontestablement de faire remonter les valeurs du pH salivaire et donc de neutraliser l'acidité du milieu buccal. J'ai pu constater dans le cadre de nos études, que les chewing-gums sans sucre sont très utiles pour faire remonter le pH après avoir mangé quelque chose de sucré.
- ▶ La spécificité et la quantité de la plaque dentaire  
Les programmes d'hygiène buccale en milieu scolaire n'ont pas réussi à éliminer la plaque dentaire sur les dents des enfants des quartiers défavorisés de Montréal car le brossage est négligé ou pas très bien effectué. Mais ils ont moins de caries parce que la plaque bactérienne restante à la surface des dents est riche en fluor. Quand on fait une étude bactériologique de la plaque seuls les enfants à risque ont une plaque très riche en streptocoques. La spécificité de cette plaque est plus importante que sa quantité. Une faible quantité de plaque riche en streptocoques va produire de grandes quantités d'acide lactique et donc influencer le type et la quantité de sucre mangé.

Les facteurs de protection individuelle sont :

- ◆ le pouvoir tampon de la salive ;
- ◆ la fluidité et le débit salivaire ;
- ◆ la présence de fluor, calcium et phosphate dans la salive ;
  - ◆ le degré de susceptibilité individuelle (minéralisation de la dent).

les valeurs critiques de risque de déminéralisation lorsqu'ils mangent du sucre. À l'opposé des enfants à risque élevé de caries ont, dès le départ, un pH voisin de 6 et à chaque prise de sucre, les dents déjà vulnérables de ces enfants se retrouveront à plusieurs reprises dans la journée dans un environnement acide (pH égal ou inférieur à 5,2). Pour ces enfants fréquemment polycariés, les conseils alimentaires seront beaucoup plus restrictifs ; il faudra être beaucoup plus sévère vis-à-vis des grignotages pour les enfants de cette dernière catégorie que pour ceux de la première.

La consommation de sucreries devra être réduite voire arrêtée chez ces enfants à risque élevé de caries.

## Quelle est l'alternative vis-à-vis du sucre ?

Dans l'étude que nous avons réalisée dans les années 80 en Polynésie Française le sucre dans les confiseries a été partiellement substitué par le xylitol un polyol (alcool de sucre) ayant la propriété de ne pas être fermenté par les streptocoques. Les enfants participant à ce projet recevaient jusqu'à 20 grammes par jour de produit contenant du xylitol. La comparaison entre les îles tests et l'île témoin a montré une réduction des caries de 35 % après trois ans dans ce pays qui présentait à l'époque un taux élevé de caries et une consommation importante de sucreries.

À la suite de ces résultats prometteurs, nous avons dirigé à Montréal une étude sur les chewing-gums édulcorés avec des substituts du sucre; les chewing-gums présentant l'immense intérêt de stimuler la salive.

L'association de plusieurs polyols (xylitol, sorbitol, mannitol, ou xylitol pur) incorporés dans le chewing-gum (activateur de la salive) a créé des conditions propices à la reminéralisation.

Cette étude a été réalisée en milieu scolaire chez des enfants à risque élevé de caries et avait pour but de tester l'efficacité de ces chewing-gums intégrés dans le cadre d'un programme de pré-

vention. Un groupe d'enfants mastiquait 3 fois par jour pendant 15 minutes sous supervision des chewing-gums au xylitol et un groupe des chewing-gums contenant 40 % de sorbitol, 15 % de mannitol et 15 % de xylitol. Nous avons observé près de 60 % de réduction de la carie après deux ans dans les groupes expérimentaux, par rapport au groupe contrôle qui ne mastiquait pas de gommes mais suivait le même programme de prévention (suivi de l'hygiène bucco-dentaire à l'école, et bains de bouche hebdomadaires fluorés).

## Conclusion

Nous avons une alternative en matière de cario-logie alimentaire, qui devrait être utilisée pour les enfants à risque élevé.

Il faut proposer des bonbons ou chewing-gums édulcorés avec des substituts du sucre pour réduire avec la participation volontaire de ces jeunes patients la fréquence de consommation de sucre et rééquilibrer de cette façon leur environnement buccal.

Par contre il est possible d'avoir des stratégies de prévention et d'hygiène alimentaire plus souples pour les enfants qui ont un faible risque de caries, qui observent de bonnes règles quotidiennes d'hygiène buccale et qui brossent leurs dents avec un dentifrice fluoré.

*En Finlande, des collations comprenant des gommes ou des bonbons au xylitol sont proposées aux enfants à risque, de manière à diminuer le taux de caries et à éviter les grignotages avec du sucre.*

## Débat

### Dr Véronique CHARTIER

*La campagne de la MSA était-elle prévue dès le début pour trois ans ou a-t-elle été stoppée parce qu'il n'y avait pas assez d'adhérents ?*

### Dr Laure MISRAHI

*Conformément à l'article 2 de l'arrêté du 3 septembre 1998 portant agrément de l'action expérimentale "prophylaxie et soins dentaires chez l'enfant" (publié au Journal Officiel du 20 septembre 1998), l'agrément était accordé pour une durée de 3 ans.*

### Pr Paul RIORDAN

*Le professeur KANDELMAN a évoqué une étude sur le xylitol avec des gommes avec un groupe contrôle sans la mastication. Mais*

*si il y a un effet de la salivation, par la mastication, qui est considérée comme une aide à la prévention bucco-dentaire on n'a pas pu saisir cette différence ?*

### Pr Daniel KANDELMAN

*Éthiquement nous ne pouvions pas faire d'études avec un groupe de contrôle positif, c'est-à-dire avec des gommes sucrées.*

*L'étude ne permet effectivement pas de dire si c'est le xylitol par lui-même qui a donné ces résultats ou l'action combinée de la mastication avec des substituts du sucre. D'ailleurs l'étude ne montre même pas que c'est le xylitol qui a eu ces résultats puisque le deuxième groupe contenait du xylitol, du*

*sorbitol et du mannitol et la différence entre les deux groupes chewing-gums n'était pas significative. L'étude a simplement montré que le fait d'ajouter à un programme de prévention commun aux trois groupes (qui consistait à donner des bains de bouche fluorés avec un contrôle du brossage) une mastication de gomme sans sucre trois fois par jour, a eu un effet additionnel de 60 % de réduction de la carie.*

### Pr Paul RIORDAN

*Il y a une chose que je trouve problématique avec le xylitol: la plupart des études proviennent de dentistes finlandais qui travaillent tous dans la ville où le xylitol est fabriqué.*

### Pr Daniel KANDELMAN

*C'est vrai mais à Tahiti et au Canada, il n'y avait pas de fabrique de xylitol. En fait trois types d'études se sont succédés. Au début les Finlandais ont fait des études de substitution totale. Ces études ont été critiquées parce que l'on se demandait si le résultat était vraiment obtenu grâce au xylitol ou s'il était dû au fait d'avoir substitué toute nourriture sucrée. Ensuite plusieurs études de substitution partielle, supportées par l'OMS comme celle faite en Polynésie, ont donné des résultats comparables. A Tahiti, les enfants continuaient à manger des confiseries mais on leur donnait aussi des confiseries au xylitol et nous avons obtenu 30 % de réduction de la carie. Pour finir des études microbiologiques sur l'effet du xylitol et des études cliniques sur différents supports actifs contenant du xylitol et d'autres substituts du sucre ont été menées. Elles ont donné des résultats extrêmement intéressants. Je crois que nous avons assez d'éléments supportant que le xylitol et des substituts du sucre présentent des intérêts, notamment pour les populations à risque élevé de caries.*

### Un intervenant de la salle

*En ce qui concerne le programme de l'URCAMIF est-ce que les actions dans les écoles seront menées par des chirurgiens dentistes et ceux-ci devront-ils avoir un statut particulier? D'autre part comment obtiendra-t-on le label?*

### Dr Évelyne BAILLON-JAVON

*Bien évidemment des chirurgiens dentistes interviendront dans les écoles mais l'URCAMIF n'a pas l'intention d'imposer telle ou telle catégorie de chirurgiens dentistes. De nombreux dispositifs fonctionnent déjà avec des chirurgiens dentistes ayant des statuts divers et cela pourra perdurer sans problème. Nous souhaitons simplement que cela puisse s'étendre.*

*Concernant la labellisation, un cahier des charges définit des critères de qualité pour un dispositif de prévention, par exemple en limitant le nombre d'enfants par heure, en respectant les normes de décontamination et d'asepsie. Tout dispositif existant ou souhaitant se créer, respectant ces critères, pourra donc demander à être labellisé ARCADE. Le label sera ainsi une garantie qualité de l'action de prévention pour tous les partenaires.*

### Dr Stéphanie TUBERT

*Comme le montre une étude que nous avons menée il y a une très grande variabilité d'un praticien à l'autre, concernant les critères du diagnostic et les décisions thérapeutiques. Si une multitude d'intervenants dentistes font du dépistage en milieu scolaire, je crois qu'il faudrait, dans un souci d'efficacité des actions de prévention, envisager la calibration des examinateurs pour donner plus de poids à ce label.*

### Dr Évelyne BAILLON-JAVON

*Je ne peux qu'approuver. Il n'y a pas, à proprement parler, de calibrage dans le label mais parmi les critères de qualité, il y a celui d'une formation harmonisée selon certains items obligatoires des praticiens qui pratiqueront le dépistage.*

### Sylvie JACQUIN

*Un dépistage à 6 ans et 12 ans est déjà dans l'air du temps et vous nous parlez d'un dépistage en CE1, en CM1 et à 15 ans. La santé scolaire et la PMI réalisent aussi des dépistages. Comment vont s'articuler ces dépistages et comment travaille-t-on avec ces nombreux dépistages pour accéder aux soins, quand on en connaît la difficulté?*

### Dr Évelyne BAILLON-JAVON

*D'une part les actions de prévention sont réellement efficaces quand les messages sont répétés et il n'est pas mauvais que les enfants soient régulièrement vus au cours de leur scolarité. D'autre part, le dispositif est essentiellement multipartenarial. Le but est donc de réunir les intervenants, parmi lesquels les PMI et la santé scolaire. Nous avons déjà créé un comité de pilotage régional qui intègre ces partenaires. La mise en place de comités de suivis locaux est aussi prévue avec les mêmes partenaires mais sur un dispositif beaucoup plus opérationnel. Le but est de créer une synergie et une harmonie entre tous ces partenaires et de ne pas faire de doublons.*

*Je n'ai pas eu le temps de développer l'aspect du suivi du dépistage mais nous y avons beaucoup travaillé. Cela passe par la création de réseaux de soins par les professionnels de santé. Il y a déjà quelques exemples dans la région. Dans une importante commune des Yvelines la santé scolaire est mobilisée pour assurer un rappel des familles, un suivi, un retour d'informations et parvenir à capter cette population après le dépistage. Les médecins ont aussi un rôle à jouer, notamment auprès des populations défavorisées, pour les inciter à retourner chez le dentiste. Il y a donc une dynamique à créer au niveau d'un réseau pluridisciplinaire.*

### Dr Antoine RICHARD

*Si vous labellisez des initiatives existantes ou à venir, qu'en est-il de l'harmonisation informatique du système? Je trouverais regrettable de mettre beaucoup de moyens pour recueillir des données utiles sans harmoniser le recueil et la distribution. Si ce projet prend de l'ampleur, il peut aussi être intéressant pour les praticiens de pouvoir consulter l'état de santé de la population de moins de vingt ans dans leur zone géographique, par le biais d'un site Internet par exemple. Qu'avez-vous prévu sur l'harmonisation? Y aura-t-il aussi une labellisation des systèmes de recueil des données?*

### Dr Évelyne BAILLON-JAVON

*Pour l'instant, nous n'avons pas prévu de labellisation des systèmes de recueil au niveau informatique. Par contre, nous travaillons sur une grille minimum de données à*



remonter au niveau départemental et régional pour pouvoir faire ces comparaisons et suivre cette base de données. Sur la région Ile-de-France, divers logiciels de recueil de données existent. Nous n'allons pas imposer à chacun d'utiliser tel ou tel logiciel s'ils ont déjà développé le leur. Toutefois, nous voudrions harmoniser les remontées d'informations pour pouvoir faire des agrégations et suivre le développement du dispositif.

#### **Pr Maryse WOLIKOW**

Il est vrai que des patients et des familles ne donnent pas suite à un dépistage mais il y a aussi, dans l'accès aux soins de l'enfant, la problématique de l'organisation des soins du fait de la profession et des institutions. En France, soigner le petit enfant est difficile. Les responsabilités sont plurifactorielles. Je crois que, avec une forte volonté, l'institution universitaire fait quelques progrès dans la formation. Je rejoins le plus grand cabinet dentaire du monde. Même plus modeste, je pense qu'une structure scolaire ou parascolaire accompagnant l'enfant dans sa scolarité pour les soins serait intéressante mais je suis d'accord avec le professeur RIORDAN, nous ne sommes pas encore prêts à le faire.

Ce que le professeur RIORDAN a présenté dans les choix des matériaux m'a fortement choquée. Le tout CVI pour les dents temporaires et le quasiment tout amalgame pour la dent permanente me semblent être des choix insoutenables à l'heure actuelle. Vos extractions en denture temporaire sont peut-être les échecs des CVI qui sont réputés de mauvais matériaux pour les classes 2 y compris sur la dent temporaire. Avez-vous évalué ces pratiques et leurs résultats? L'orientation d'une pratique professionnelle vers des choix thérapeutiques aussi systématiques est-elle guidée par des impératifs économiques ou est-ce le résultat d'autres critères scientifiques plus pertinents en Australie qu'ailleurs?

#### **Pr Paul RIORDAN**

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de faire des excuses pour l'utilisation du verre ionomère. Je le vois comme une restauration temporaire qui dure souvent aussi longtemps que la dent. Il s'agit d'enfants d'au moins 5 ans car nous n'avons pas accès aux enfants plus jeunes.

En ce qui concerne l'amalgame, il n'est pas question d'économies mais peut-être d'évolution. Jusqu'à récemment, il n'y avait pas beaucoup de choix et l'on utilisait l'amalgame. Maintenant, nous disposons de composites mais les thérapeutes n'ont pas reçu de formation pour cela. Nous pouvons cependant discuter pour savoir s'il faut utiliser des composites pour de petites restaurations à une face de dents permanentes.

#### **Dr Brigitte SANDRIN BERTHON**

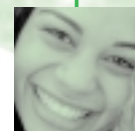
Comment les chirurgiens dentistes que vous êtes, en tout cas un certain nombre d'entre vous, réagissent-ils à l'idée de professions comme les thérapeutes ou les hygiénistes qui n'existent pas en France?

#### **Dr Fabien COHEN**

Si nous voulons respecter le temps imparti, nous allons peut-être laisser cela pour la conclusion. Vous lancez un débat d'ampleur qui pourrait faire l'objet d'une partie des sessions de la 3e Journée de santé publique dentaire, l'année prochaine.

#### **Dr Brigitte SANDRIN BERTHON**

Ma question n'était pas complètement naïve... J'ose espérer que cette façon de différer la réponse n'est pas une forme de censure.



#### **Dr Fabien COHEN**

Absolument pas. Peut-être y a-t-il une ou deux réactions dans la salle?

#### **Pr Germain ZEILIG**

En France, le problème est lié à la notion de *numerus clausus*. Il faut soit élargir ce *numerus clausus*, soit créer des corps de thérapeutes. Pour cela, il faudrait d'abord déterminer les besoins futurs. Je ne crois pas qu'il y ait de position dogmatique mais il faut clarifier la situation et faire un choix. C'est effectivement un vaste débat.

Je poserai une question au professeur KANDELMAN qui a présenté des résultats xylitol versus sucre. Les autres édulcorants de synthèse et substituts du sucre donnent-ils des résultats comparables au xylitol?

#### **Pr Daniel KANDELMAN**

Nous n'avons pas d'études cliniques sur les autres substituts que les polyols car ces derniers sont les seuls qui touchent au métabolisme de la dégradation du sucre. Les études ne sont jamais réalisées avec des ingrédients purs car l'important est d'observer le mariage avec le support actif. Certaines ont été réalisées avec des chewing-gums au sorbitol, à l'avantage du xylitol. Des études ont aussi été réalisées avec des associations, comme je l'ai moi-même fait. Mon étude a d'ailleurs donné des résultats quasiment équivalents au xylitol pour l'association de polyols. Le xylitol a des propriétés intéressantes mais il faut l'associer à des supports actifs qui donneront les résultats ciblés. A l'heure actuelle, il n'y a donc pas une prépondérance du xylitol. La voie de l'avenir n'est sûrement pas de fabriquer des produits au xylitol car ce dernier est extrêmement cher à produire. Il faut donc lui associer des substituts beaucoup moins onéreux, comme le sorbitol. Ce n'est pas seulement une voie pour les confiseries mais aussi pour la médication qui touche aux personnes âgées. Je poserais la question à l'envers : en terme d'alimentation, qu'avons-nous fait depuis quarante ans pour la prévention en carologie? Même les meilleurs programmes de prévention, par exemple dans les pays scandinaves, n'ont pas réussi à réduire la consommation de sucre. Je vois donc une voie d'avenir dans les substituts du sucre, quels qu'ils soient. Il faut trouver un moyen élégant de faire changer les habitudes. Les substituts du sucre ont l'avantage d'avoir le même pouvoir sucrant que le sucrose sans ses effets secondaires. Il faut ensuite trouver le meilleur mariage en terme de coût/efficacité.

# Santé bucco-dentaire et personnes âgées d

## Ouverture

Dr Olivier HENRY  
*Chef du service de gériatrie – Hôpital Émile Roux  
– Limeil-Brévannes*

Pour un gériatre, il est agréable d'entendre des mots tels que "accès aux soins", "qualité de vie", "qualité des soins" et "prévention". Je me suis posé la question de savoir si les soins bucco-dentaires dans la population âgée pouvaient contribuer à la prévention de la dépendance.



**Le vieillissement considérable de la population est avant tout un succès, non une catastrophe comme on le dit souvent mais trois épidémies sont attendues pour le siècle à venir :**

- ▶ **La maladie d'Alzheimer et les démences apparentées. En Ile-de-France, en 1999, il y avait 100 000 malades et le nombre de nouveaux cas y est de 25 000 par an. Aux alentours de 2015, ce nombre de malades aura donc doublé dans notre région.**
- ▶ **Les maladies cardio-vasculaires qui sont la principale cause de morbidité et de mortalité dans la population des plus de 70 ans en France.**
- ▶ **Le diabète qui touche aujourd'hui 20 % des plus de 65 ans car la France grossit.**

Y a-t-il des relations entre l'état de santé bucco-dentaire et ces affections qui sont responsables d'un accroissement considérable de la morbi-mortalité? Va-t-on pouvoir tenter de prévenir la dépendance?

Pour y répondre, je voudrais d'abord vous présenter le concept mal connu du "vieillard fragile". Il repose sur cinq critères cliniques. Le vieillard est réputé fragile quand au moins trois de ces critères sont réunis :

- ◆ Une perte de poids de plus de 5 % par an,
- ◆ une baisse de la force musculaire (mesurée par dynamomètre),
- ◆ une marche plus difficile (15 pieds à faire en moins de 7 secondes),
- ◆ des activités de la vie quotidienne réduites (mesurées en calories),
- ◆ une dépression (mesurée par l'échelle de dépression).

Ce sont surtout des critères locomoteurs.

Le vieillissement, la malnutrition, les affections chroniques et l'inflammation peuvent jouer un rôle. Tout ceci aboutit à la sarcopénie, une baisse des réserves protéiques musculaires, qui touche en premier lieu les muscles inférieurs et les muscles respiratoires. Cette sarcopénie entraîne une baisse de la force musculaire, des performances physiques, de l'activité et donc la dépendance.

L'inflammation est liée à un déficit de notre système immunitaire au cours du vieillissement. Les pressions antigéniques successives au cours de la vie font que l'on a de plus en plus de cellules mémoires, les lymphocytes T, qui reconnaissent un antigène déjà présenté et de moins en moins de cellules naïves qui sont capables de réagir à un nouvel antigène. Cela aboutit à un dysfonctionnement entre le système immunitaire spécifique, qui reconnaît les antigènes, et le système immunitaire non spécifique, qui repose sur les macrophages qui tuent tout ce qui bouge. En cas d'agression, la réponse inflammatoire ne va plus être freinée par le système immunitaire spécifique. Dans nos institutions, il existe des réponses inflammatoires chroniques chez la moitié des

# Épendantes

malades. L'état bucco-dentaire peut participer à générer cette réponse inflammatoire. Il y a une relation évidente entre ce déficit immunitaire et la malnutrition. Il a été démontré que l'albumine sérique inférieure à 30 g/l était équivalente à moins de 400 CD4 circulants qui est la définition du SIDA. La dénutrition chez les personnes âgées s'accompagne d'une aggravation considérable du déficit immunitaire.

Quelles sont les causes de cette fragilité? Deux revues générales de 2001 et 2002 ont montré que les conséquences du vieillissement ne sont pas si importantes. En revanche, les affections aiguës telles que les infections quelles qu'elles soient, y compris bucco-dentaires, les arthrites ou les inflammations aiguës, les affections chroniques comme les pathologies cardiovasculaires et le diabète, la malnutrition et la sédentarité vont provoquer un affaiblissement une perte musculaire et donc fabriquer des vieillards fragiles. Un travail réalisé aux États-Unis sur 5 500 sujets malades classés selon le critère de fragilité montre que le nombre d'affections chroniques est plus élevé chez les sujets non fragiles. À l'inverse, la polyopathie est surtout observée chez les malades réputés fragiles (33 % versus 14 %). Ces affections sont les affections cardiovasculaires, insuffisances coronaires, insuffisances cardiaques, les arthrites et le diabète. Que deviennent ces malades trois ans plus tard? La mortalité, le nombre d'hospitalisations et de chutes sont supérieurs chez les malades fragiles.

En conclusion, les soins bucco-dentaires semblent très clairement indiqués pour tenter de réduire la morbi-mortalité de cette population mais nous manquons d'études prospectives qui le démontrent. C'est peut-être à vous d'initier ce genre de travaux. Enfin, je soulignerai la difficulté des soins dans la maladie d'Alzheimer mais, en amont, un de ces malades sur deux n'est pas diagnostiqué parce que l'entourage est particulièrement tolérant, ne veut surtout pas y toucher ou ne sait pas. Je pense que vous avez un rôle à jouer d'information du public si vous trouvez que vos patients présentent des troubles cognitifs.

## État de santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Dr Martine DORIN

*Chirurgien dentiste conseil chef de service – Échelon local du service médical de l'Essonne – CNAMTS*

Les trois objectifs de cette étude étaient de faire un état des lieux de la santé bucco-dentaire de ces personnes âgées, d'évaluer leurs besoins en soins et d'étudier leur accès aux soins. Pour le calibrage de l'examen par des chirurgiens dentistes conseils nous avons établi un référentiel qui a été validé par les enseignants d'odontologie gériatrique de Paris V.

Pour les deux premiers objectifs, le recueil des informations a été réalisé par 308 examens cliniques. L'accès aux soins a été étudié dans la totalité des établissements concernés de notre département (41 EHPAD).

Nous avons trouvé une population âgée, puisque 43 % avaient de 90 à 99 ans, féminine à 84 % et peu suivie sur le plan bucco-dentaire, puisque 42 % des pensionnaires n'avaient pas eu de consultation odonto-stomatologique depuis plus de cinq ans. 91 personnes avaient une visite hebdomadaire de leur entourage et 17,5 % n'avaient jamais de visites.



La moitié des pensionnaires étaient autonomes dans leurs déplacements. Un peu plus de la moitié s'alimentaient seuls et normalement.

Les pathologies générales rencontrées ont été classées selon les affections exonérantes. Pour près de la moitié, il s'agissait de psychoses et de troubles graves de la personnalité. Il s'agissait ensuite d'hypertension artérielle, d'insuffisance cardiaque, d'artériopathie chronique évolutive et d'AVC invalidant.

Nous avons trouvé de la plaque dentaire chez 65 % des sujets dentés, du tartre chez 56 % et des dépôts alimentaires sur prothèse ou muqueuse chez une personne sur trois. Au niveau du parodonte, 20 % des pensionnaires présentaient une inflammation gingivale localisée ou généralisée et 18 % des sujets dentés présentaient une mobilité dentaire supérieure à 2. 68 % des pensionnaires dentés présentaient des caries, soit 44 % de l'ensemble de la population examinée. Plus d'une personne sur trois était complètement édentée, la plupart mal ou non appareillées.

**En résumé**, les personnes présentent des pathologies générales lourdes avec des prescriptions médicamenteuses importantes. Leur état bucco-dentaire est préoccupant avec une moyenne de 8,3 dents restantes par personne dont seulement 4 saines.

Les besoins en soins ont été estimés en collaboration avec l'équipe soignante quand c'était nécessaire par exemple pour les patients atteints d'ALZHEIMER. 60 % des pensionnaires dentés avaient besoin d'une à dix extractions, 22 % de soins conservateurs, 27 % d'une ou deux prothèses adjoindes. Deux personnes sur trois avaient donc au moins un besoin.

Nous avons eu la surprise de ne pas trouver de différence significative en croisant les besoins en traitements avec la durée du séjour, la fréquence des visites de l'entourage, la date de la dernière consultation odonto-stomatologique. Les seules différences significatives se situent par rapport aux catégories d'établissements et à l'accès aux soins dans ces établissements. Il y avait plus de besoins dans les établissements qui n'avaient ni vacances sur place, ni filière de soins.

Seuls six établissements sur quarante et un ont des vacances en odontologie sur place. Deux disposent d'un local spécifique avec fauteuil dentaire. Un seul met à disposition du matériel dentaire, dans les cinq autres le vacataire apporte le matériel. L'accès aux soins est donc assez difficile.

Nous avons demandé aux directeurs pourquoi ils avaient renoncé à instaurer des vacances de chirurgien dentiste : 66 % n'avaient pas encore engagé cette réflexion, 37 % manquaient de locaux, 17 % n'avaient pas trouvé de praticien traitant volontaire et 9 % manquaient de personnel.

Nous avons considéré qu'une filière de soins était instaurée quand il y avait un réseau de praticiens correspondants auxquels l'équipe soignante pouvait s'adresser en cas de besoin dentaire. Neuf établissements n'avaient aucun praticien correspondant. Pour se rendre aux soins, les pensionnaires se déplacent en véhicule sanitaire léger, en ambulance et en véhicule de l'établissement.

### Des actions ont été entreprises après cette étude.

En collaboration avec les enseignants de la faculté dentaire, nous avons élaboré et distribué une plaquette destinée au personnel soignant de ces établissements qui récapitule les différentes consignes d'hygiène bucco-dentaire et d'entretien des prothèses. C'était une demande du personnel soignant relevée dans un questionnaire qui lui avait été soumis.

La Caisse de l'Essonne avait décidé de prendre en charge à 100 % et sans avance de frais, dans les trois premiers mois suivant l'entrée de la personne dans l'établissement, un examen bucco-dentaire ainsi que les soins consécutifs conservateurs et chirurgicaux. Ce dispositif a été étendu à tous les résidents car cela créait une inégalité de traitement avec les personnes déjà sur place.

Notre étude a suscité une réflexion chez les directeurs d'établissements et quelques-uns ont ouvert un cabinet dentaire ou instauré des vaca-



tions dentaires. Cette étude a été ou sera reprise dans d'autres départements par des CPAM, voire dans des régions par des URCAM. Il sera positif d'avoir des résultats dans d'autres régions et de susciter un intérêt pour cette population à risque.

## Perte d'autonomie et état de santé bucco-dentaire des personnes âgées

Dr Sylvie CADOT

*Épidémiologiste – Caisse primaire d'assurance maladie de Paris*



Les résultats de notre étude menée dans les établissements parisiens pour personnes âgées dépendantes mettent en évidence une forte association entre la perte d'autonomie et la perte de santé bucco-dentaire, quels que soient l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau de revenus ou l'établissement. Notre objectif sera de trouver les moyens d'éviter cette perte de santé bucco-dentaire concomitante de la perte d'autonomie et ainsi de limiter la perte d'autonomie.

L'autonomie est la capacité à mener seul les activités courantes de la vie quotidienne. Nous avons évalué la perte d'autonomie selon la grille AGGIR qui mesure à la fois les incapacités locomotrices et l'altération des fonctions mentales.

La santé bucco-dentaire a été déterminée à la fois par des indicateurs cliniques et des indicateurs subjectifs.

Nous avons sélectionné un échantillon par la méthode des quotas de 298 personnes répartis dans trois établissements représentatifs des 17 de l'est parisien : un établissement AP-HP, une maison de retraite médicale publique dépendant de la Mairie de Paris et un établissement privé. Un ques-

tionnaire destiné aux chefs d'établissements et au personnel soignant nous a donné des renseignements sociodémographiques, médicaux et des renseignements d'autonomie. Un examen clinique et un entretien ont été effectués par deux équipes de deux chirurgiens dentistes. 282 personnes ont pu être ainsi examinées.

80 % d'entre elles étaient des femmes d'une moyenne d'âge de 87 ans. 61 % bénéficiaient de l'aide sociale et la durée moyenne de séjour était de 2 ans et 10 mois.

50 % des personnes âgées étaient non autonomes, 45 % étaient partiellement autonomes et 5 % autonomes. Elles présentaient des poly-pathologies avec au moins une ALD et quatre pathologies autres, et prenaient cinq médicaments en moyenne.

**Nous avons trouvé un état dentaire préoccupant : les pensionnaires sont dentés, 10 dents présentes en moyenne, mais leurs dents sont en mauvais état, 4 dents cariées ou à l'état de racine. 41 % des personnes ont au moins une dent à extraire, 80 % au moins une dent absente non remplacée. Il y avait 24 % d'édentés complets dont les deux tiers non appareillés. Malgré cette situation préoccupante, seulement 34 % des personnes présentaient des problèmes de mastication et presque toutes disaient avoir gardé leurs capacités gustatives et prendre du plaisir à tous les repas.**

Les dentistes dépisteurs ont évalué à 88 % les besoins de soins (l'examen clinique était fait sans radiologie) et à 33 % les besoins urgents. Dans ce dernier cas, ils alertaient le chef d'établissement.

La demande des personnes était par contre faible, 22 %. Cependant, entre le début et la fin de l'entretien elle a augmenté jusqu'à 39 %.

L'hygiène était très insuffisante mais il y avait peu de demande d'aide. 62,3 % de la population totale présentaient du tartre et 72,7 % des personnes appareillées des dépôts sur les prothèses. La moitié des personnes considéraient que se brosser les dents était facile et seulement 13 % demandaient une aide.

Entre les personnes partiellement ou complètement autonomes et les personnes non autonomes, certains facteurs présentent des différences significatives.

Dans les données sociodémographiques ou médicales, il s'agit de la durée du séjour et de la présence d'une affection de longue durée. Dans les données dentaires, les personnes plus dépendantes avaient autant de dents présentes mais davantage de dents cariées, à extraire, absentes non remplacées et un plus grand nombre de besoins prothétiques. Les personnes âgées en perdant progressivement leur autonomie ne se font plus soigner les dents et ne remplacent plus leurs dents absentes. La demande devient inexistante.



Cette étude nous amène à prévoir une approche spécifique d'intervention en collaboration avec l'équipe médicale, fonction de l'état général du patient et de son désir.

Nous avons prévu de lancer des actions à partir de janvier 2003 à un niveau expérimental dans les trois établissements pilotes où nous sommes intervenus. Nous établirons, avec l'accord des chefs d'établissements, des vacations de dentistes référents in situ qui s'occuperont des consultations des patients et les orienteront vers un réseau de praticiens correspondants que nous mettons en place avec le Conseil de l'Ordre des chirurgiens dentistes. Nous faciliterons les soins sur place, les dentistes référents prenant en charge le suivi. D'autre part, nous faciliterons les aides financières aux soins.

Au niveau de l'hygiène, nous souhaitons former des soignants et des "aidants" par des ateliers interactifs pour qu'ils prennent le relais.

La notion d'évaluation est aussi très importante. Nous allons suivre cette cohorte et évaluer à un an, l'impact des mesures prises sur l'état de santé bucco-dentaire et l'impact de l'amélioration de la santé bucco-dentaire sur l'état de santé général.

### Santé bucco-dentaire chez la personne âgée en institution : mise en place d'un protocole de prise en charge

Dr Jean-Louis COEURIOT  
Maître de conférences – UFR d'odontologie –  
Université de Reims



La Fédération de Gérontologie a été mise en place au sein du CHU de Reims depuis de nombreuses années. Les personnels médicaux, paramédicaux et administratifs s'y réunissent lors de trois réunions annuelles pour confronter leurs points de vue et exposer leurs problèmes. L'objectif est évidemment d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées en institution au sein du CHU qui comprend 1 150 lits dans des services de court et moyen séjour et des maisons de retraite médicalisées.

Les dentistes n'ont par contre intégré que récemment la Fédération ; une consultation spécifique de géroodontologie a été mise en place à la fin de l'année 1998 avec plusieurs vacations réservées uniquement à la réhabilitation prothétique.

Nous avons rapidement constaté un désintérêt du personnel soignant : il y avait très peu de soins de bouche réalisés chez les personnes âgées, une méconnaissance des problèmes

dento-prothétiques et un manque d'efficacité dans la relation interservices (démarches administratives inadéquates). Le problème de la perte des prothèses dentaires a aussi été soulevé par un médecin d'une maison de retraite.

Une étude épidémiologique a été menée pour évaluer l'importance des problèmes soulevés. 44,3 % des résidents étaient complètement édentés et seulement 20,3 % avaient moins de 10 dents manquantes. Plus de 50 % des prothèses auraient du être renouvelées. Plus de 50 % des patients n'avaient aucune hygiène dentaire. L'état de santé de la sphère buccale était donc alarmant avec une hygiène bucco-dentaire très insuffisante. Or, la plupart des résidents ne sont plus autonomes : Le problème de l'hygiène ne concernait donc pas uniquement les patients mais aussi le personnel soignant des maisons de retraite.

Nous avons voulu améliorer les relations interservices en mettant en place un protocole pilote avec l'une des maisons de retraite pour former le personnel soignant et améliorer les démarches administratives.

Nous avons organisé des réunions regroupant six personnels soignants. L'objectif de cette formation était d'apprendre à connaître les difficultés d'un traitement prothétique et à reconnaître les principales pathologies bucco-dentaires. Une démonstration des soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétique était alors réalisée sur un résident volontaire.

En ce qui concerne le traitement prothétique, nous avons insisté sur quatre points :

- ◆ La décision thérapeutique, car il n'est pas toujours possible de réaliser une prothèse,
- ◆ la mise en condition préalable tissulaire ou neuromusculaire puisqu'il est rare de réaliser d'emblée une prothèse définitive,
- ◆ la description des principales étapes de la confection d'une prothèse afin de faciliter l'adhésion du personnel des maisons de retraite,
- ◆ l'utilisation excessive des pâtes adhésives, en général sans l'avis d'un dentiste au préalable.

Au niveau des pathologies, nous avons insisté sur l'intérêt de l'orthopantomogramme, sur les conséquences des foyers infectieux et des pathologies de la muqueuse buccale et du parodonte, sur la carie et sur le déficit salivaire qui est un problème concernant 30 % des personnes en institution.

## L'hygiène bucco-dentaire

Au niveau de l'hygiène bucco-dentaire, nous avons réalisé une fiche expliquant une procédure de nettoyage de la bouche et des prothèses. Cette affiche a été placée dans chacune des chambres de la résidence pour sensibiliser à la fois les résidents, leurs proches et le personnel soignant.

En ce qui concerne les démarches administratives, le but était d'accélérer la mise en place des soins. Nous avons demandé un courrier dès la première consultation indiquant le motif de la consultation de la part du service concerné, donnant la liste des médicaments et les antécédents médicaux et chirurgicaux, accompagné d'un orthopantomogramme et de la photocopie de la carte de sécurité sociale pour les demandes d'entente préalables à la réalisation de prothèses.

Nous avons constaté un problème avec la perte des prothèses. Un marquage systématique a été réalisé pour permettre leur identification.

## Notre objectif actuel

Mettre en place un protocole appliqué à l'ensemble des maisons de retraite après validation par la Fédération de Gériatrie, au début de l'année 2003. Il consistera en :

- ▶ Un bilan bucco-dento-prothétique pour tout nouveau résident effectué par une infirmière, sous la responsabilité d'un médecin,
- ▶ la réalisation d'un protocole de soins de bouche avec un référentiel avalisé par le CLIN et différentes fiches dont la fiche d'entretien des prothèses qui sera modifiée,
- ▶ une fiche interservices modifiée pour mieux expliquer ce que nous faisons chez ces patients et permettre de meilleures relations avec les proches, lorsque ces derniers demandent des renseignements sur les soins dentaires que nous réalisons.

## Évaluation de l'impact d'une intervention de sensibilisation aux soins de bouche et au brossage de dents, réalisée auprès du personnel d'un centre de long séjour

Dr Philippe CHARRU

*Chef du service de gériatrie – hôpital Louis Mourier – Colombes*



Mon intervention s'appuie sur la collaboration réussie de 3 années entre le centre dentaire de l'hôpital Louis Mourier (Pr POIDATZ), situé de l'autre côté de la rue hospitalière – ce qui me permet de surveiller l'action des dentistes qui y travaillent – et le service de gériatrie dont je suis le responsable. Je mesure la chance d'avoir un accès facile aux

soins et d'accueillir des stagiaires de 6e année de chirurgie dentaire dans le cadre de leur action de santé publique.

Si, dans un premier temps, il a été nécessaire de faire des études de prévalence, et de créer des outils (fiches, protocoles), nous avons choisi de vous proposer les résultats d'une action de sensibilisation des équipes soignantes aux soins de bouche et au brossage des dents.

La mise en place d'une action de santé publique dans un service de gériatrie représente une logistique complexe. Elle mobilise l'ensemble de l'équipe du service de gériatrie (1 praticien

hospitalier, 5 médecins attachés, 1 cadre supérieur infirmier, 2 cadres infirmiers, 18.5 infirmières, 56 Aides-soignantes, 1 Assistante sociale) et 120 résidents et leur famille dont les pathologies rendent difficile la simple information. Elle intéresse aussi les étudiants de T1 et le MCU-PH qui les encadre, les attachés universitaires et le centre dentaire qui dispense les soins requis. Pour être complet et efficace, il faut savoir impliquer le magasin médical pour l'achat de matériel, le département de santé publique pour les analyses statistiques, également l'hygiène hospitalière et le CLIN dans une vaste démarche. Cela demande une détermination patiente.

Nous nous sommes appuyé sur les réalisations du programme de prévention de l'année 1 qui a consisté à faire : un bilan d'entrée des 120 résidents avec création d'une fiche résumé, un marquage des prothèses, les soins éventuels requis d'une part, et d'autre part un audit des pratiques observées par une équipe d'auditeurs externes, la création d'un protocole de soins de bouche et une enquête d'observation transversale, exhaustive de prévalence de la candidose buccale et du lien avec les facteurs de risques connus.

Les résidents du service sont représentatifs des unités de soins de longue durée :

- ◆ 87.5 % de femmes, MA à 82 ans, une polypathologie avec 5.6 diagnostics en moyenne par patient, un taux de 62 % de pathologie démentielle et une faible autonomie de la toilette 16.6 % et du brossage des dents (praxie, déglutition) 24 %. Nous avons fait le triste constat que l'hygiène dentaire et celle des prothèses étaient mauvaises. (respectivement 91 % et 74 %)

Notre étude d'année 2 est **une étude d'intervention de type avant/après, exhaustive** concernant l'impact d'une action de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire du personnel d'une unité de trente cinq résidents. Le critère principal de jugement était la proportion de patients ayant une amélioration de l'hygiène buccale quantifiée par un score d'hygiène de 0 à 2 (0 hygiène satisfaisante - 2 deux tiers de surface de plaque).

Préalablement, nous avons validé l'arbre décisionnel des soins à pratiquer par patient en équipe selon le protocole du service et j'ai demandé à ce qu'il y ait une prescription du soin requis par le médecin de l'unité. L'implication des médecins

est une chose importante à prendre en compte dans ce programme.

Nous sommes partis de l'idée qu'il fallait faire simple et nous sommes restés sur un soin par jour minimum. Le challenge était de vérifier qu'il pouvait y avoir une amélioration avec ce soin quotidien. Le fait que les personnes soient autonomes était pris en compte, ainsi que la présence de troubles de déglutition entraînant une éventuelle fausse route et la coopération des patients. Un examen des muqueuses, un brossage des dents et un examen des prothèses étaient réalisés sur les personnes coopérantes et tentés sur celles qui ne l'étaient pas, au risque d'être mordu.

L'aspect plus éducatif était constitué d'une information sur le protocole à utiliser réalisée par les étudiants, oralement et par la confection d'un kit contenant une affiche. Ceux-ci ont par ailleurs montré aux équipes que les soins étaient possibles, même sur les patients les plus compliqués, mais ils ont aussi appris eux-mêmes les difficultés des patients gériatriques. Il faut noter une véritable mobilisation du cadre infirmier de l'équipe.

Deux types de recueils de données ont été faits : l'étude de la plaque dentaire sur les blocs antérieur et postérieur en décembre 2001 et mars 2002 par les deux mêmes odontologistes et, pour les soignants, une fiche de recueil journalier par patient des soins effectués sur douze semaines. L'analyse était faite par le département de Santé publique de Louis Mourier.

**Résultats :** vingt-cinq patients ont pu être étudiés avec 20 blocs antérieurs et 12 blocs postérieurs. L'hygiène bucco-dentaire n'a régressé pour aucun. La proportion de patients ayant un mauvais score d'hygiène du bloc dentaire antérieur = 12/20 avant vs 1/20 après l'intervention ( $p < 0.05$ ).

Bloc dentaire postérieur : 7/12 avant vs 1/12 après l'intervention ( $p < 0.05$ ). Dans les deux cas l'amélioration a été significative. Le score moyen est passé lui de 1,5 à 1 et son amélioration a été significative pour les deux blocs.

47,95 % des fiches de recueil quotidien ont été complètement remplies. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il y a probablement eu des soins réalisés et non notés, que les soins du week-end n'ont sans doute pas été faits, qu'il est difficile de mettre une brosse à dents dans la bouche d'un patient opposant et agressif et difficile de savoir si

les patients autonomes se brossent correctement les dents.

## Conclusion

La sensibilisation a permis une amélioration significative de l'hygiène bucco-dentaire. Elle nécessite l'échange des chirurgiens dentistes avec l'équipe gériatrique. En retour, il faut intégrer l'évaluation gériatrique dans le plan de soins dentaires.



Nos projets pour l'année 3 sont la généralisation du programme dans les trois unités du service, une action spécifique d'éducation des patients autonomes, et le renforcement de la sensibilisation des équipes.

## Débat



### Pr Daniel KANDELMAN

*Je félicite le docteur CHARRU pour cette remarquable initiative. Il est effectivement indispensable d'associer les dentistes et les médecins en gériatrie au niveau hospitalier et dans les résidences. Nous avons le même problème au Canada où deux types d'intervenants peuvent et doivent nous aider au niveau des soins de gérodonnologie : les médecins et le personnel infirmier. Mais peu de cours sont donnés aux étudiants en médecine sur la façon d'examiner un patient afin de dépister facilement certaines choses. Or, le médecin est le premier intervenant dans les établissements hospitaliers. Quel est le nombre d'heures consacrées à l'examen bucco-dentaire et des muqueuses dans la formation des médecins en France ?*

### Dr Philippe CHARRU

*Les soins bucco-dentaires sont relativement mal enseignés dans le cursus médical. Je pense que beaucoup de médecins sont incapables de faire certains diagnostics simples concernant la dent, la gencive ou la candidose qui est une pathologie connue. C'est pourquoi j'avais souhaité que les médecins attachés, statut précaire fréquent en gériatrie, s'impliquent dans ce soin de façon à ce qu'il y ait un message fort sur l'intérêt porté à la bouche.*

*Nous avons relié cela à la dénutrition qui est un thème assez fort en gériatrie, mais ce n'est pas simple. La plupart des études montrent qu'il n'y a pas de lien simple entre le nombre de dents et le fait d'être dénutri. Il y a donc un message nutritionnel ou thérapeutique à faire passer sur l'éducation pour que les médecins en général s'intéressent à l'ensemble de la bouche. En ce qui concerne le nombre d'heures, je ne sais pas.*

### Dr Marysette FOLLIGUET

*Docteur COEURLOT, sur quels critères avez-vous choisi de conserver les prothèses au sec la nuit car, selon les études, pour certains on les conserve au sec alors que nos collègues prothésistes nous demandent de les conserver en milieu humide ?*

### Dr Jean-Louis COEURLOT

*Il n'y a effectivement pas de consensus sur le sujet. Dans ma première version, je les avais gardées en milieu humide. J'en ai discuté entre autres avec le Pr. BUTZ JORGENSEN qui considérait que la conservation en milieu humide entraînait une prolifération bactérienne. D'un autre côté le fait de les garder en milieu sec entraîne une légère déformation de la base car, la résine réagit aux variations d'humidité en milieu hydrique. Il semble toutefois préférable de les garder au sec pour éviter la prolifération bactérienne et de les passer sous l'eau avant de les remettre en bouche.*

### Dr Claude BOURDILLAT

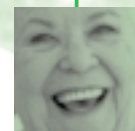
*Ce que vous avez fait est extraordinaire car il existe réellement un besoin de santé publique. Mais beaucoup de personnes alitées, notamment dans les services pédiatriques, ont très peu d'hygiène bucco-dentaire. Je pense qu'il faut généraliser cela et former le personnel soignant.*

### Pr Daniel KANDELMAN

*Ma question s'adresse à nouveau au docteur CHARRU en ce qui concerne les intervenants. Le problème que nous avons au Canada, lorsque nous organisons des programmes dans les institutions auprès de patients semi-autonomes, est que nous ne pouvons avoir un suivi de l'hygiène dentaire du patient car le personnel infirmier invoque un manque de temps ou des raisons syndicales. Or, le succès au niveau de l'hygiène bucco-dentaire passe forcément par le personnel infirmier. Il y a donc une nécessité de formation mais également de financements. Qu'en pensez-vous ?*

### Dr Philippe CHARRU

*Si vous m'annoncez que vous avez un financement pour mon institution, je suis ravi ! Je ferai plusieurs réponses. Premièrement, il y a une fonction symbolique à ce que le médecin s'implique aussi par une prescription. Deuxièmement, en France, le rôle du cadre dans les services est capital et son absence complique le suivi du soin quotidien. Troisièmement, l'information doit être interactive en valorisant les actions réussies. Nous avons ainsi fait intervenir l'équipe qui avait réalisé l'action sur l'école d'infirmières de l'hôpital. Elles ont ainsi communiqué que le surcroît de travail qu'elles avaient cru ressentir au début était*



*tout à fait gérable. C'est la meilleure façon de faire école. Nous allons d'ailleurs proposer cette action dans d'autres maisons de retraite de Colombes.*

**Marie-Fleur BERNARD**

*Je suis une des infirmières spécialistes cliniques du docteur HENRY en équipe mobile de soins palliatifs. Je suis à la fois ravie d'entendre le docteur CHARRU parler de sensibilisation des équipes soignantes et un peu choquée d'entendre le docteur COEURIOT évoquer un désintérêt des personnels soignants. Il ne s'agit pas uniquement de désintérêt. J'ai personnellement réalisé une étude qualitative sur les difficultés des soignants à réaliser ces soins, qui sont énormes. En premier lieu leurs difficultés sont liées à leur ressenti car aller dans la bouche de l'autre, c'est faire intrusion.*

**Dr Jean-Louis COEURIOT**

*Il y a la toilette intime aussi.*

**Marie-Fleur BERNARD**

*Tout à fait mais c'est peut être dans la symbolique autre chose encore d'aller dans la bouche. Par ailleurs les difficultés concernent aussi l'attitude des malades; le refus de soins, l'agressivité de certains patients avec des morsures ou des coups. Par exemple les malades Alzheimer ne comprennent pas ces soins. Enfin il y a le manque de produits de parapharmacie et le manque de temps dû à la pénurie de soignants. J'ai envie d'être dans la même dynamique que celle du docteur CHARRU. Je pense que c'est de cette façon qu'il faudra surtout soutenir les professionnels pour*

*qu'ils réhabilitent ce soin de bouche et pour vraiment évaluer l'état bucco-dentaire des malades.*

**Dr Jean-Louis COEURIOT**

*J'ai utilisé le mot de " désintérêt " car un document avait été distribué il y a six mois, au niveau de la Fédération, pour l'ensemble du personnel des maisons de retraite, afin de connaître les difficultés auxquelles ils étaient confrontés. Personne n'a parlé du problème bucco-dentaire. C'est aussi un problème culturel.*

**Marie-Fleur BERNARD**

*Dans les écoles d'aides-soignantes et les instituts de formation aux soins infirmiers, les soins buccaux ne sont pas vraiment appris. 27 % des personnes interrogées n'avaient jamais abordé les pathologies bucco-dentaires dans leur formation. Les professionnels apprennent sur le terrain. Peut-être ont-ils besoin de développer cet apprentissage et de le tester sur eux-mêmes.*

# 1<sup>er</sup> prix étudiant de santé publique de

## Remise du prix

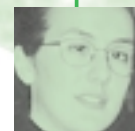


Le Dr Brigitte SANDRIN BERTHON, *présidente scientifique de la journée*  
& Mme Francine MIGLIORINI, *directeur de la Direction des Interventions  
de Santé du Conseil général du Val-de-Marne*

remettent les Prix étudiant à

**Mlle Florence FIORETTI & Mr Guillaume SAVARD**





Francine MIGLIORINI

*Directeur de la Direction des interventions de Santé – Conseil général du Val-de-Marne.*

Il s'agit de la première édition du Prix étudiant de Santé publique dentaire. C'est un concours national ouvert à tous les étudiants de chirurgie dentaire. Le prix est décerné aux mémoires de stages de santé publique. Le jury était constitué des membres du comité scientifique qui a présidé à l'organisation de cette journée.

Trois prix ont été attribués. Le troisième est décerné à monsieur Guillaume SAVARD pour son mémoire intitulé "*Les acteurs des écoles de Seine-saint-Denis et le programme brossage*".

Guillaume SAVARD

J'avais pour mission d'évaluer les actions de brossage promues par le Conseil général dans les écoles. J'ai réalisé un questionnaire assez touffu dans lequel j'essayais notamment d'étudier les représentations que pouvaient avoir les personnes sur les actions de brossage. Le questionnaire ayant été réalisé assez tard, certaines réponses n'ont pas été analysées. Ce mémoire a donc ses limites mais apporte beaucoup d'arguments à certains éléments pressentis par le Conseil général. Il démontre qu'organiser un brossage ne pose pas réellement de problème aux enseignants qui en ont fait l'expérience.

Francine MIGLIORINI

Mademoiselle Nimol TAUCH, qui est absente, remporte le deuxième prix pour son mémoire "*Prévention et femmes-relais*".

Le premier prix est décerné à mademoiselle Florence FIORETTI pour son mémoire "*Prévention petite enfance à Nogent-sur-Marne*".

Florence FIORETTI

Je remercie les membres du comité scientifique ainsi que la faculté de Paris V qui permet à ses étudiants, en fin de cursus, d'avoir une vraie ouverture vers la santé publique.

Je remercie aussi le Conseil général du Val-de-Marne ainsi que la Mission bucco-dentaire qui nous ont encadrés pendant ce stage et permis de mener des actions de santé publique sur le terrain.

Je remercie enfin les partenaires de la ville de Nogent-sur-Marne pour leur accueil et l'intérêt qu'ils portent au projet.

Mon stage a consisté en un projet de prévention bucco-dentaire en direction des secteurs de la petite enfance de la ville. Les objectifs étaient de solliciter une participation et une coordination des différents professionnels de la petite enfance; d'objectiver les obstacles de la prévention chez les 0-3 ans, en particulier dans le cadre de la collectivité; de détecter les secteurs où il y avait le plus d'enfants non indemnes de caries.

Ce projet a pour but d'établir un programme de prévention de la crèche jusqu'à la fin de l'école primaire. Nous avons démarré des actions collectives de prévention avec le personnel, réussi à créer un personnel-relais sur toutes les structures et à faire en sorte que tous les usagers s'approprient ce programme de prévention. Ce projet sera poursuivi en 2002-2003, dans le cadre du programme départemental de prévention bucco-dentaire du Val-de-Marne.

# Clôture de la journée

Dr Brigitte SANDRIN BERTHON

*Maître de conférences - Université catholique de Louvain. Belgique.*

En tant que médecin de santé publique, les inégalités sociales et territoriales de santé sont la première de mes préoccupations dans un pays où la santé est plutôt satisfaisante et où l'on vit vieux. Dans le même temps, les inégalités entre les personnes riches et en bonne santé et les personnes pauvres et en moins bonne santé s'aggravent. Le domaine de la santé bucco-dentaire est un exemple particulièrement représentatif de ces inégalités sociales de santé.

En tant que spécialiste de l'éducation pour la santé, je dirai que cela doit remettre en question profondément nos pratiques éducatives. Cela concerne bien sûr l'attribution des ressources : sur la population générale ou sur les populations les plus en difficulté ?

Mais cela concerne aussi notre manière de travailler avec les personnes et notre façon d'éduquer dans le domaine de la santé.

Quand on travaille avec une classe d'enfants à qui l'on recommande de se brosser les dents trois fois par jour, ceux qui se les brossent déjà deux fois ont plus de chances de respecter notre conseil que ceux qui n'ont pas de brosse à dents chez eux. Dans ce cas, lorsqu'on fait l'évaluation, on a amélioré les chiffres moyens pour la classe mais creusé les écarts, ce qui n'est pas satisfaisant.

Pour ma part, je serais très intéressée que les prochaines Journées que vous organiserez se focalisent encore plus sur l'éducation et la manière d'amener les personnes à améliorer leurs pratiques d'hygiène, voire leurs pratiques alimentaires.



À plusieurs reprises, vous avez émis le souhait d'attirer beaucoup d'autres professionnels vers la santé bucco-dentaire. Si quelques-uns viennent, sans doute faudra-t-il trouver des thèmes de travail plus fédérateurs, accessibles à tous. Pour travailler ensemble, chacun doit rendre son jargon plus accessible. Mais je vous invite aussi à vous impliquer vous-mêmes davantage dans des problèmes de santé publique autres que ceux de la santé bucco-dentaire auxquels les chirurgiens-dentistes peuvent notablement contribuer. C'est le cas notamment de la nutrition, du tabac et du diabète.



Yves TALHOUARN

*Directeur général adjoint en charge de la Direction de la Prévention et de l'Action sociale - Conseil général du Val-de-Marne*

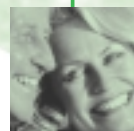
Lors de l'ouverture, Alain DESMAREST soulignait la qualité de l'organisation. J'ai le privilège d'avoir participé à cette journée et d'avoir croisé des personnes extrêmement satisfaites de son déroulement. Je remercie donc à nouveau les différents organisateurs, notamment le comité scientifique, ainsi que l'ensemble des intervenants.

Je pense effectivement que la question de l'éducation à la santé d'une manière générale est l'une des questions que nous devons approfondir dans les années à venir. Cela pourrait effectivement être le fil directeur de la 3<sup>e</sup> Journée de santé publique dentaire.

La liste des participants prouve un élargissement qualitatif considérable. Il y a des représentants de la quasi-totalité des départements français auxquels s'ajoutent des participants étrangers. Je pense que nous avons réussi notre pari. Il faut que nous continuions, en allant vers la 3<sup>e</sup> Journée de santé publique dentaire que nous organiserons avec la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire.

Enfin, je pense que le Conseil général du Val-de-Marne a sincèrement le souci d'un partenariat le plus pragmatique possible avec les différentes institutions. C'est la contribution que nous souhaitons apporter dans cet enjeu considérable qu'est la santé publique. Pour nous, la prévention est une obligation éthique. Au nom du président du Conseil général, je vous remercie donc de votre participation active à cette très riche journée.





---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ce colloque a été organisé par  
la mission bucco-dentaire  
au sein de la Direction des Interventions de Santé  
Organisation :  
Dr Philippe HUGUES, Mmes Colette PAQUET et  
Martine GUERIAUX  
Réalisation des documents :  
Dr Philippe HUGUES et Mlle Ingrid CAPUANO  
La Direction de la Communication  
Remerciements à tous les participants  
qui ont permis la réussite de cette manifestation.

*Crédits photos : Conseil général du Val-de-Marne*

Département  
du Val-de-Marne

Conseil général



DIRECTION  
DE LA PRÉVENTION  
ET DE L'ACTION SOCIALE