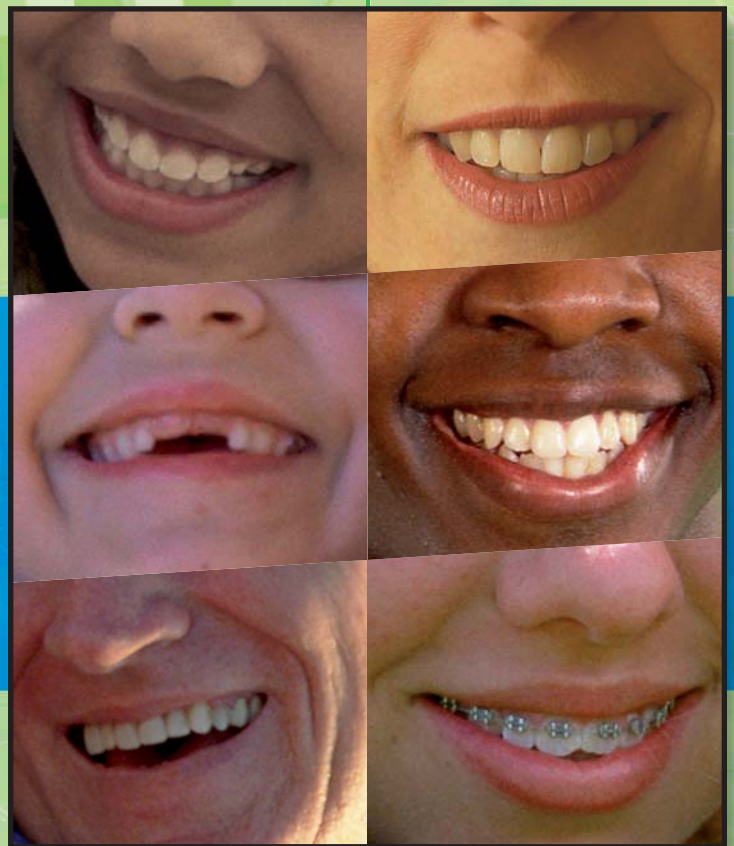


# INTERVENTIONS DE SANTÉ

**Mission bucco-dentaire**

***5<sup>e</sup> journée de  
santé publique  
dentaire  
Créteil 2005***



**L'évaluation,  
en santé publique  
bucco-dentaire :**

**De la pratique  
à la décision.**

Département  
du Val-de-Marne

Conseil général



**Organisée par la Mission bucco-dentaire**  
Service de Santé publique du Conseil général du Val-de-Marne  
et  
**La Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire**



Sous la présidence scientifique de

**Madame le Professeur Claudine BLUM-BOISGARD**

Médecin conseil national de la C.A.N.A.M.

&

**Monsieur le Professeur Youssef HAÏKEL**

Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire de Strasbourg

**Comité scientifique**

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

Docteur Eric-Nicolas BORY - Centre hospitalier Le Vinatier - Bron (69)

Docteur Yann BOURGUEIL - I.R.D.E.S.

Docteur OMAR BRIXI - S.F.S.P.

Docteur Fabien COHEN - M.B.D. / D.I.S. - Conseil général du Val-de-Marne

Docteur Jean-Paul ESPIÉ - A.S.P.B.D.

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

Docteur Philippe HUGUES - M.B.D. / D.I.S. - Conseil général du Val-de-Marne

Docteur Grégoire MOUTEL - U.F.R. de Médecine - Université Paris V

Monsieur Thierry ROCHEREAU - I.R.D.E.S.

Docteur Pierre RUFFAT - A.P.-H.P.

Docteur Michel SIXOU - U.F.R. d'Odontologie - Université Toulouse



# AVANT PROPOS

Pour sa cinquième édition, la Mission bucco-dentaire du Val-de-Marne s'est, à nouveau, associée à la Société française des acteurs de la Santé publique bucco-dentaire (ASPBD) pour réaliser cette Journée à Créteil.

Je voudrais remercier vivement Mme le Professeur Claudine Blum-Boisgard et Mr le Doyen Youssef Haïkel, ainsi que tout le comité scientifique, pour la qualité des travaux qui y ont été présentés.

Cette journée de santé publique dentaire se tenait au moment où l'Assurance maladie célébrait son 60ème anniversaire, et la thématique choisie n'en avait que plus de résonance.

C'est pourquoi on ne peut que se féliciter de la diversité des interventions qui ont pu ainsi balayer différentes problématiques de l'évaluation. Celle-ci est au cœur de nos pratiques, et ne devrait avoir d'autres finalités que de répondre toujours mieux aux attentes de nos concitoyens, des usagers comme des professionnels, des institutionnels comme de la société.

Au moment où la formation continue devient obligatoire et où l'évaluation des pratiques professionnelles va devenir la règle, il nous revenait de briser les tabous et de répondre aux questions souvent légitimes que se posent tant les professionnels que les usagers sur les objectifs de ces évaluations.

C'est ainsi que nous avons particulièrement apprécié la présence de la Haute Autorité de Santé représentée par le Professeur Jean-Michel Chabot, avec qui l'ASPBD souhaite poursuivre ce fructueux partenariat.

Cette évaluation est d'autant plus nécessaire qu'accès aux soins et impact des interventions sont aujourd'hui de plus en plus analysés par l'Assurance maladie qui n'est pas seulement un payeur mais en théorie une partie de la démocratie sanitaire souhaitée par le législateur au lendemain de la Libération.

Cela ne peut que conforter ceux qui comme le Dr Michel Sixou souhaite créer les bases nouvelles d'une Odontologie factuelle.

Dans ce contexte, il était bon aussi de s'interroger sur nos propres pratiques en matière d'éducation pour la santé, ce que nous a permis le Dr Omar Brix.

Le Québec est devenu au fil des ans, un invité incontournable à Créteil, avec cette année trois invités, le Professeur Christophe Bedos pour l'Université McGill, le Professeur Souad Msefer pour l'Université de Montréal et Mme Johane Cote, Présidente de l'Ordre des Hygiénistes Dentaires. Tous trois ont mis en valeur l'expérience et la continuité d'action de la santé publique québécoise dans ce domaine.

Dans ces actes vous trouverez ces interventions mais aussi celles de tous les autres participants qui ont su faire vivre ces problématiques par leurs présentations.

C'est donc avec plaisir que nous mettons entre vos mains ce document et vous invitons dès à présent à retenir la date de la prochaine journée qui se tiendra à Créteil, le 9 novembre 2006.

**Dr Fabien COHEN**

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

# SOMMAIRE

## OUVERTURE DE LA JOURNEE 9

**Pr Nadine FOREST**, *Présidente de la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire*  
**Mr Daniel TOUSSAINT**, *Conseiller général délégué à la Santé du Conseil général du Val-de-Marne*

## EVALUATION : REPERE ET ENJEUX

Ouverture	11	<b>Pr Claudine BLUM-BOISGARD</b> , <i>Médecin Conseil national de la C.A.N.A.M</i> <b>Pr Youssef HAÏKEL</b> , <i>Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire de Strasbourg</i>
Evaluation des pratiques professionnelles	14	<b>Pr Jean-Michel CHABOT</b> , <i>Chef du Service d'Evaluation des Pratiques professionnelles - Haute Autorité de Santé</i>
Recommandations, référentiels et conférence de consensus: nouvelles bases d'une odontologie factuelle	17	<b>Dr Michel SIXOU</b> , <i>Responsable du Département de Santé publique - U.F.R d'odontologie - Université de Toulouse</i>
Accès aux soins et impact des interventions en population	21	<b>Pr Pierre LOMBRAIL</b> , <i>Directeur du Laboratoire de Santé publique et d'Epidémiologie - U.F.R de Médecine - Université de Nantes</i>
Débat	25	
L'évaluation en éducation pour la santé bucco-dentaire : en fait-on, doit-on en faire, peut-on en faire ?	31	<b>Dr Omar BRIXI</b> , <i>Médecin et enseignant de santé publique - Conseiller médical auprès des mutuelles de France</i>
Analyse des politiques publiques de santé dentaire au Québec	36	<b>Pr Souad MSEFER</b> , <i>Département de pédodontie et de prévention - Faculté de Médecine dentaire - Casablanca.</i> <i>Département de médecine sociale et préventive - Faculté de Médecine - Université de Montréal</i>
Développement et évaluation d'un réseau de recherche impliquant des dentistes reliés par Internet	40	<b>Pr Christophe BEDOS</b> , <i>Département de Santé Publique - Faculté de Médecine dentaire - Université McGill - Montréal</i>
Débat	44	

## EVALUATION : LES PRATIQUES

- Hygiéniste dentaire, une profession de collaboration principalement vouée à la prévention et à l'éducation 46 **Mme Johanne COTE**, *Présidente de l'Ordre des Hygiénistes dentaires du Québec*
- Le projet d'indicateurs de santé orale de l'Union Européenne : reflète-t-il des développements dans l'Union Européenne 48 **Dr Paul BATCHELOR**, *Maître de conférences - Département d'Epidémiologie et de Santé publique - Faculté de Médecine - University college London*
- Mise en place de l'observation de l'état de santé bucco-dentaire dans les Centres d'examens de santé 51 **Mme Caroline DUPRE**, *Statisticienne - Centre technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de santé (Cetaf) - Saint-Etienne*
- Evaluation de la demande en soins dentaires à Ouagadougou, Burkina Faso. Quelles implications pour la santé publique en milieu urbain Ouest Africain ? 58 **Dr Benoît VARENNE**, *UR178, Conditions et Territoires d'Emergence des Maladies - Institut de Recherche pour le Développement - Ouagadougou - Burkina Faso*
- Evaluation de deux indicateurs nutritionnels : obésité et atteinte carieuse chez les enfants de 5-6 ans, scolarisés à Paris en 2002-2003 63 **Dr Catherine VINCELET**, *Médecin épidémiologiste - Département de Santé publique - U.F.R de Médecine Xavier Bichat - Université Paris VII*
- Soins bucco-dentaires chez les patients diabétiques en Ile de France. Etude de l'URCAM d'Ile de France 69 **Dr François DUFOUR**, *Chirurgien dentiste conseil Chef de Service - Echelon local du Service médical de Seine-Saint-Denis - C.N.A.M.T.S*
- Evaluation d'une expérimentation de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes hébergées en EHPAD 74 **Dr Julien LAUPIE**, *Chirurgien dentiste, Chargé de Mission - Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire*

**REMISE DU PRIX FRANÇOISE ROTH 78**

**PRÉSENTATION DU PRIX SOHDEV 79**

**RÉSUMÉS DES POSTERS 80**



# OUVERTURE DE LA JOURNÉE

**Pr. Nadine FOREST**

*Présidente de l'A.S.P.B.D*

Si l'évaluation a mis du temps à se développer dans notre paysage français, depuis une dizaine d'années elle s'impose progressivement comme un élément incontournable et une constante de l'activité en santé. Les dernières lois de santé, loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé et loi de santé publique, intègrent un volet évaluation.

Toute nouvelle procédure se fonde sur une évaluation et s'accompagne d'une obligation d'évaluation, comme c'est le cas par exemple pour les réseaux de santé qui doivent dans leur définition prévoir une évaluation externe ou pour un sujet d'actualité, la formation continue, étroitement liée à l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles. Aucun domaine de la santé, aucun acteur de la santé (professionnel, structure, institution), aucun acte, action, programme, produit, procédure ou stratégie de santé n'y échappe.

L'évaluation n'est pas une simple mesure, un simple constat, mais a comme objet, dans un objectif sanitaire, l'amélioration des pratiques et des décisions. Elle vise en premier lieu l'amélioration de la prestation du système de santé et de ses acteurs aux usagers, qui sont aussi les citoyens, qui doivent pouvoir bénéficier du meilleur accès aux moyens de la santé et de la plus grande qualité des soins de santé. Il est évident que les contraintes financières, matérialisées entre autres par les déficits récurrents de l'assurance maladie, ne sont pas étrangères à cette évolution et imposent une recherche de pertinence et d'efficacité, rapportées à un critère de coût, posant aussi bien le problème du service médical rendu que de façon plus abrupte et discutée la notion de "priorisation".



Cette évaluation s'appuie sur le développement de méthodologies et d'outils. C'est le cas par exemple pour la qualité des pratiques professionnelles, avec le concept de l' " evidence base dentistry ", qui sera développé dans une des interventions, de la formulation de référentiels, recommandations ou conférences de consensus.

Il est apparu important pour l'ASPBD, au vu de la prégnance, de l'immanence et de l'actualité du

sujet, de choisir cette année comme thème pour sa journée de santé publique dentaire celui de l'évaluation. Nous souhaitons que soient abordées les questions essentielles : qu'est-ce que l'évaluation ? à quoi sert-elle ? sur quoi repose t-elle ? comment se fait-elle ? sur quoi porte t-elle ?.....

Cette journée est placée sous le patronage de la Haute Autorité de Santé, dont le Directeur Monsieur Alain COULOMB nous adresse ses vœux de pleine réussite et qui sera représentée par le Professeur Jean-Michel CHABOT.

Nous remercions les présidents scientifiques, les Professeurs Claudine BLUM-BOISGARD et Youssef HAÏKEL, ainsi que le Comité scientifique, pour la qualité du programme.

Nous remercions également le Conseil général du Val-de-Marne, partenaire de cette journée, de nous accueillir, et nous savons qu'il partage notre intérêt pour ce thème puisqu'il conduit des évaluations sur les programmes de santé bucco-dentaire qu'il mène.

Enfin et personnellement je remercie Fabien COHEN et Philippe HUGUES sans lesquels ces journées ne pourraient s'organiser et vivre.



**Daniel TOUSSAINT**

*Conseiller général  
délégué à la santé du  
Conseil général du  
Val-de-Marne*



Bonjour à toutes et à tous et bienvenue pour cette journée d'échanges en Val-de-

Marne co-organisée par le Conseil général sous l'impulsion du docteur Fabien COHEN et la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire, représentée par sa Présidente, le Professeur Nadine FOREST.

Cette année marque le 5ème anniversaire de cette initiative pour laquelle je veux remercier par avance toutes et tous ceux qui ont contribué à son organisation et qui feront tout au long de la journée un certain nombre de communications.

Il est important que nous puissions ensemble partager commentaires et réflexions sur nos pratiques pour mieux les évaluer, pour mieux agir au service de nos concitoyens.

Dans le journal " *Connaissance du Val-de-Marne* " d'avril dernier, le docteur Fabien COHEN soulignait que " *la carie n'était pas une fatalité* " en s'appuyant sur les résultats obtenus sur dix ans : 78 % des enfants de 6 ans indemnes de caries contre 60 % dix ans auparavant et 66,2 % à 11 ans contre 53,2 %. Toutefois, Fabien COHEN soulignait que " *la carie restait une maladie au caractère social prononcé* ". Cette évidence traverse notre politique gouvernementale en matière de prévention et de soins avec l'ambition d'atteindre les objectifs dans les cinq prochaines années de l'OMS d'accès à la santé bucco-dentaire pour toutes les familles Val-de-Marnaises. Le nouveau programme départemental en œuvre depuis 2002 élargi aux collégiens et lycéens fait la démonstration de son efficacité par le soutien et la

participation grandissante des acteurs de terrain, des collectivités locales.

Au moment où se mêlent les manifestations du 60ème anniversaire de la création de la Sécurité sociale et le vote du projet de loi de financement pour 2006, il n'est pas inutile de rapprocher les nouvelles dépenses à la charge des assurés sociaux pour un montant de 1,6 milliards d'euros et les 750 millions qui seront payés par les entreprises.

Quant aux dépenses de soins dentaires, leurs prises en charges demeurent une exception dans l'activité médicale : moins de 3 % des dépenses totales de l'assurance maladie. Cela a conduit le Président de la Confédération Nationale des syndicats dentaires le 21 avril à revendiquer en urgence du Gouvernement un véritable plan de prévention et de santé bucco-dentaire.

A l'échelle du département, nous sommes animés en permanence par la volonté de faire avancer les principes de solidarité, d'universalité et de démocratie sociale qui ont guidé les fondateurs de la Sécurité sociale en 1945.

Nous le faisons avec la volonté d'agir en partenariat avec l'Education nationale, la CPAM, les professionnels de santé, les collectivités.

Ainsi, nous sommes partie prenante du programme régional ARCADE, nous participons au comité de pilotage régional et avec la CPAM nous revendiquons auprès de la CNAM la mise en service d'un 3ème camion dentaire pour pouvoir visiter annuellement toutes les écoles élémentaires. Nous sommes également engagés dans plusieurs actions expérimentales dans le domaine de la petite enfance et de la jeunesse.

Je ne doute pas qu'à l'issue de cette journée, nous puissions à nouveau nous enrichir de vos pratiques pour de nouvelles décisions départementales.

# EVALUATION : REPERE ET ENJEUX

## OUVERTURE

**Pr. Claudine BLUM-BOISGARD**

*Médecin conseil national de la C.A.N.A.M*

Nous avons fait des progrès, nous professionnels de la santé et de la santé publique, depuis le début des années 1970 où, à travers un programme de périnatalité, l'évaluation a été introduite dans les pratiques en France. C'est en effet à ce moment-là qu'un programme de santé publique a été conçu en même temps que son évaluation. Depuis, avec des hauts et des bas, des réticences et des enthousiasmes, l'évaluation s'est introduite dans tous les domaines des sciences et des pratiques médicales, au sens " *santé* ", et a touché tous les professionnels. Et l'on voit bien, dans le programme de cette journée, que nous avançons dans une appropriation importante.

Je suis heureuse du programme proposé parce que les conférences balayaient toute la problématique de l'évaluation. Surtout, le titre choisi " *l'évaluation, de la pratique à la décision* ", me paraît très important car cette journée est ainsi placée sous le signe de la dynamique et de l'action. Or il est important, quand on fait de l'évaluation, de conserver cette dynamique, avec le cercle bien connu de l'amélioration progressive des pratiques et des décisions.

Les points les plus importants que je note et qui me paraissent être un peu une grille d'analyse des projets d'évaluation, sont les suivants :

Premièrement, toujours dire : l'évaluation, pour quoi faire ? Pour décider, pour améliorer. Et il y a là quelque chose de fondamental car l'évaluation ne consiste pas seulement à mesurer, c'est véritablement comparer à ce que l'on veut faire ou à ce que l'on doit faire.



La seconde question - après celle, fondamentale, de l'évaluation : pour quoi ? - est : quelle évaluation ? Est-ce que l'on évalue un programme, une politique ? Est-ce que l'on évalue une stratégie, qu'elle soit préventive ou curative ? Est-ce que l'on évalue la pratique des professionnels ? Est-ce que l'on évalue des structures de soins ?

Les méthodes viennent ensuite, en fonction du domaine et du point de vue duquel on se place : est-ce que l'on évalue des processus, ou est-ce que l'on évalue des résultats ?

Surtout, et c'est important, cette journée aborde le problème des outils qui viennent aider l'évaluation. Une fois que l'on sait pourquoi on évalue, ce que l'on veut évaluer, se pose en effet la question des outils à utiliser. C'est tout le domaine des référentiels, les conférences de consensus, la méthode fondée sur les faits probants, sur les preuves scientifiques, mais également des indicateurs quantitatifs ou des indicateurs plus qualitatifs.

Donc pourquoi, quelle évaluation, quel type d'évaluation et surtout avec quels outils ? Et ce de manière à être très explicite sur la méthode d'évaluation.

Enfin, j'évoquerai le contexte. Il y a eu deux lois fondamentales en 2004 :

*- La loi sur la politique de santé publique, du 9 août 2004, qui a défini 100 objectifs, des plans prioritaires dans lesquels la santé bucco-dentaire n'est probablement pas suffisamment mise en exergue. Cette politique de santé publique présente l'intérêt d'être évaluée, de donner lieu à des objectifs quantifiés et à des indicateurs destinés à évaluer la manière dont on les atteint. Il y aura également tout un volet d'évaluation sur la pertinence du choix des objectifs et des plans d'actions prioritaires, et ce sera une opportunité pour la santé publique dans le domaine bucco-dentaire, d'être peut-être plus présente. Il est utile de faire du lobbying pour faire passer ses projets quand on est convaincu de leur intérêt.*

*- La seconde loi est la loi d'Assurance Maladie du 13 août 2004. C'est un texte très ambitieux, aux multiples facettes, dont nous retenons, en rapport avec le programme, que la qualité est au cœur du dispositif (et qui dit qualité dit qu'il faut savoir la mesurer). Second point important parmi tant d'autres, l'Assurance Maladie veut rembourser ce qui est scientifiquement validé. Il y a donc un objectif d'utiliser les référentiels pour ce qui est appelé en jargon " médicaliser la liquidation ", c'est-à-dire rembourser au regard de référentiels qui seront non seulement médico administratifs, comme l'AMM des médicaments ou les actes de la nomenclature, mais aussi des processus ou des procédures recommandés par la Haute Autorité en Santé. Nous n'avons donc pas encore pris la mesure du rôle que donne cette loi d'Assurance Maladie d'août 2004 à l'évaluation, dans notre système de santé et de protection sociale.*

Je terminerai en rappelant que nous sommes dans un cadre financier contraint, voire très contraint, dans le domaine des dépenses remboursables par l'assurance maladie. Mais même s'il n'était pas contraint, il faudrait de toute manière faire des choix. L'évaluation, avec son amélioration en tant que méthode, l'amélioration de ses fondements et de sa transparence, permettra effectivement de prendre des décisions de plus en plus fondées.

## Pr. Youssef HAÏKEL

*Doyen de l'U.F.R  
d'Odontologie  
Université de Strasbourg*



Le thème de cette journée, d'actualité, est riche. Il serait prétentieux de dire que tous les aspects seront abordés par les conférenciers, néanmoins, plusieurs points seront éclairés et débattus lors des discussions.

En préambule, j'aborderai l'évaluation médicale à travers mes fonctions et mon expérience en tant qu'expert évaluateur à l'INSERM. Cela concerne trois domaines : la recherche et la formation qui ne seront pas abordées dans ce colloque et l'évaluation des pratiques professionnelles qui sera traitée mais dont je parlerai brièvement au niveau des CHRU.

D'une manière générale la recherche est une des activités humaines les plus évaluées. L'évaluation en matière de recherche a été au cœur des débats des états généraux de la recherche suite au mouvement des chercheurs du printemps 2004. Elle est considérée comme nécessaire à la conduite des projets, c'est un outil de pilotage stratégique, de décision et d'adaptation permanente.

La qualité de la recherche est intimement liée tant à la qualité des soins dispensés aux malades, qu'à la qualité de la formation dispensée aux professionnels et aux futurs professionnels. Elle est à ce titre un marqueur d'excellence. Je vous renvoie au livre blanc de la recherche médicale en odontologie que j'ai coordonné et qui est sur le site de la conférence des doyens en odontologie ou sur celui de la faculté de Strasbourg. Cependant, des questions restent posées en ce qui concerne la recherche :

- l'évaluation est-elle toujours fiable ?
- est-elle faite de manière indépendante, transparente, rigoureuse et surtout reproductible d'un comité d'expert à l'autre ?

La question sur la méthodologie à utiliser est bien

évidemment primordiale. L'utilisation des bases de données bibliométriques et la notion de facteur d'impact des revues constituent des outils dont les limites sont bien connues aujourd'hui.

Dans ce contexte, la recherche hospitalière et universitaire a du mal à trouver sa place dans la nouvelle gouvernance de la T2A. Les discussions actuelles portent sur les activités de recherche à retenir, qui pourront figurer dans les Missions d'Intérêt Général des Etablissements, à savoir les MIGAC, leur financement et les indicateurs pour leur détermination.

Les frontières sont difficiles pour certaines activités à l'interface entre recherche et innovation, entre management et recherche. Cela l'est également pour la participation aux activités de santé publique, d'épidémiologie ou d'évaluation dans l'organisation et la prise en charge du malade ou dans le domaine de la recherche observationnelle qui évalue les stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Ces types de recherche ne rentrent pas dans le cadre de la loi HURIET.

L'évaluation des facultés de médecine et d'odontologie est un enjeu majeur pour garantir une formation de qualité, pertinente et efficiente, pour mieux répondre aux besoins et attentes des personnes, mais aussi pour devenir des partenaires actifs dans l'élaboration du futur système de santé.

Cette évaluation s'inscrit dans un processus global qui vise à répondre adéquatement aux besoins de santé individuels et collectifs. Un modèle de boussole de santé a été présenté par le professeur Jacques WEBER lors des 9èmes assises nationales hospitalo-universitaires en 2005 à Strasbourg. Cette boussole est constituée de quatre points cardinaux, présentés sur deux axes : un axe qualité-équité et un axe pertinence-efficience. La qualité est la priorité dans les soins de santé individuels, qui n'est pas toujours en adéquation avec l'équité qui est une santé pour tous et un accès garanti à la population. La pertinence, c'est la priorité dans les choix des actions et l'efficience est le meilleur usage des ressources disponibles pour dispenser un service donné. La responsabilité d'une institution peut se mesurer par rapport aux quatre critères qui sont recherchés dans les domaines de responsabilité de l'institution, à savoir l'enseignement, la recherche et le service.

Par service, nous entendons la formation continue et les enseignements aux autres professionnels de santé. Il est possible de bâtir une grille de responsabilité sociale qui intègre l'évolution des pratiques en trois phases, planification, action et impact :

- **la planification** est la conception d'un programme pédagogique, mis à jour à un rythme approprié, pour mettre l'accent sur la dispense des soins aux groupes mal desservis ;

- **l'action** signifie l'exposition des étudiants tout au long de leur cursus à diverses occasions d'apprentissage d'exercice des soins aux groupes mal desservis, la performance des étudiants devant être prise en compte dans leur évaluation ;

- **l'impact** signifie que la faculté de médecine ou d'odontologie a pris l'initiative de vérifier qu'elle produit des praticiens en mesure de maintenir leur compétence et en mesure de dispenser des soins aux groupes mal desservis.

Les institutions académiques devraient être réactives, conscientes des priorités de santé de la société. Elles prendront ainsi l'initiative de réagir, de s'adapter à l'évolution des besoins des personnes et au changement du système de santé. Les institutions, comme n'importe quel autre producteur de biens, doivent étudier le marché pour leurs produits finis et contribuer ainsi à créer les conditions favorables à leur embauche en accord avec les attentes de la société, ce que l'on appelle la pro activité ou l'anticipation.

En tant qu'hospitalier universitaire, je me sens concerné par l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. En particulier dans la deuxième version, sous la responsabilité de la Haute Autorité de Santé, créée le 1er janvier 2005 et qui s'est substituée à l'ANAES.

Dans le manuel d'accréditation de la version 2, les références 44, 45 et 46 portent sur cette évaluation des pratiques professionnelles. Dans cette nouvelle version, l'accent est mis sur l'évaluation et particulièrement sur l'évaluation du service médical rendu et des pratiques professionnelles. Cela offre la possibilité aux CHRU de valoriser leurs compétences distinctives dans ce domaine, à savoir les compétences acquises du fait de leur situation de recours et de référence et d'autre part de leur mission d'enseignement et de recherche.

## EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

### **Pr. Jean-Michel CHABOT**

*Chef du service d'évaluation des pratiques professionnelles - Haute Autorité de Santé*



Je vais essayer de susciter le doute sur plusieurs choses de l'ordre de la mise en place de cette évaluation des pratiques professionnelles, qui va s'appliquer mais qui en réalité s'applique déjà à l'ensemble des professions de santé. Je présenterai cela en six points principaux.

Le premier point répond aux propos communément entendus disant que toutes ces affaires de formation permanente, de formation continue ou d'évaluation des pratiques, qui sont quand même très cousines, sont un peu assimilables à l'arlésienne : on en parle beaucoup mais le dispositif se met toujours en marche avec des ratés ou au moins avec des lenteurs ou des retards. En réalité, considérant l'ampleur de l'évolution qui est faite, cela va plus vite qu'on ne veut bien l'imaginer. On aura, en moins de quinze ans, institué dans ce pays les bases d'un système de formation et d'évaluation permanente dans un cadre légal et réglementaire porté dans une large mesure par la profession.

Il s'agit de professions qui sont, pour beaucoup d'entre elles, issues d'une formation libérale. L'ambiance générale de la formation dans nos facultés, est une ambiance que l'on peut qualifier

volontiers de libérale, dans le sens universitaire du terme. Ajoutons à cela, que sur l'ensemble des quinze professions de santé, il y en a une majorité qui est de statut d'exercice libéral. Même si ce statut a subi quelques effritements au cours des cinquante dernières années il reste quand même un statut libéral, les médecins en particulier, mais pas seulement eux, rappelant assez volontiers que leur pratique est toujours régulée sur les principes énoncés dans la charte de la médecine libérale, dont on ne se souvient pas toujours qu'elle date de 1927. Prendre quinze ans pour que ces professions de santé de culture libérale, de statut libéral participent et mettent en œuvre un dispositif de formation permanente obligatoire et une évaluation des pratiques, est vraiment la moindre des choses.

Si on se projette en 1995, la profession était plutôt en opposition et plutôt craintive sur ce dossier. Elle ne savait pas trop comment s'y prendre. Le dispositif législatif était en début d'élaboration, comme en témoigne les deux ordonnances d'avril 1996 qui le portaient en partie. L'organisation était en développement, les médecins ayant ouvert une petite porte à partir du décret de décembre 1999 qui proposait une évaluation des pratiques volontaires.

Les politiques de valorisation de ces efforts supplémentaires consentis par la profession étaient quasiment nulles et les procédures permettant de développer cela étaient pour le moins expérimentales. Quelques années plus tard, en 2005, la profession reste sinon en opposition, au moins attentive et méfiante, mais cela se retrouve dans tous les pays de l'OCDE, en particulier ceux qui ont mis en place des systèmes de formation et d'évaluation obligatoires. La méfiance et les craintes des professionnels restent au premier plan. Cette profession est inégalement motivée et a aujourd'hui le sentiment d'une surcharge de son activité qui naturellement ne favorise pas l'engagement dans des mesures d'évaluation, souvent perçues comme un surcroît de travail et de contrainte.

Notre dispositif législatif est en place. Dans la loi de santé publique qui est sortie juste quelques jours avant la loi portant réforme de l'assurance maladie au mois d'août 2004, est très clairement stipulée pour l'ensemble des professions de santé (article 98 et suivants), l'obligation pour chaque institution-type, à faire figurer leur attestation de formation continue ou d'évaluation des pratiques. Pour l'aspect financier, l'article 16 de la loi de réforme de l'Assurance Maladie prévoit que des médecins qui s'engagent dans des procédures d'évaluation de pratiques et de signalement de la sinistralité ont la possibilité de faire prendre en charge leur prime de responsabilité civile professionnelle par l'Assurance Maladie, jusqu'à 60 %. Les jeunes obstétriciens qui s'installent se voient proposer des primes d'assurance maladie de l'ordre de 20 000 € par an. Avoir une possibilité, sous contrainte d'engagement dans une procédure d'accréditation des équipes ou des individus, de voir sa prime de responsabilité civile prise en charge à 60 %, c'est-à-dire environ 12 000 € par an, n'est pas négligeable comme politique de valorisation. Les procédures commencent à être quasiment matures.

Le deuxième point est qu'au cours de ces quinze dernières années nous ne nous sommes pas nécessairement facilité la tâche. En particulier les termes qui définissent l'évaluation ou les méthodes ont souvent été présentés avec un excès de complexité. Tout cela a été positionné

quelquefois avec maladresse, si on peut le qualifier ainsi, avec des choses qui étaient de l'ordre de la douche froide. Rappelons nous les RMO en 1993, quatre années après la création de l'ANDEM. Quatre années après l'ouverture de ce mouvement, un dispositif sanctionnant a été appliqué aux professions de santé avec ce système de RMO qui est tombé en désuétude au bout de six mois. Par ailleurs, cela n'avait pas forcément que des mauvais côtés. Enfin, très rapidement, nous étions passés à un système de sanction. Après cela le fait d'engager des professions dans des dynamiques de progrès non sanctionnantes devient d'une crédibilité un peu incertaine. Nous ne nous étendrons pas sur la complexité terriblement exagérée avec laquelle tout cela a été entouré.

A combien de débats plus ou moins stériles, sur la qualité, n'a-t-on pas assisté ces dix dernières années ? Nous nous disions que la qualité est impossible à définir encore moins à mesurer, que tout cela est extrêmement complexe et qu'il faut faire des études très poussées pour commencer à avoir le droit d'en parler. Si nous admettons que les professionnels de santé ont quelque chose à dire pour définir la qualité, si nous admettons que les patients ont également leur mot à dire pour définir ce qu'est la qualité en santé, si nous admettons que les gestionnaires et les financiers ne sont pas des gens à exclure d'une partie de la définition de la qualité, nous arrivons très bien à nous entendre et nous pouvons avancer d'une manière assez pragmatique.

Le troisième point concerne la définition de l'évaluation. Evaluer n'est jamais que comparer des données à des démarches idéales. Par un luxe de vocabulaire on appelle ces démarches idéales : recommandations, guide-lines, référentiels, standards... Ce ne sont que des complications de vocabulaire. En réalité, l'évaluation n'est que de la comparaison de données de l'activité des professionnels à ces démarches idéales. Naturellement, il vaut mieux que les données soient valides, il vaut mieux qu'elles représentent ce qu'on veut évaluer et pas autre chose, il vaut mieux qu'elles soient accessibles, facilement mobilisables et à peu près fiables, qu'elles ne changent pas avec l'ordre du temps. Cela pose le problème

de la généralisation et de la mise en routine de nos dossiers dans lesquels nous pourrions corriger les données de notre activité.

De l'autre côté, il y a des références. Existent-elles ? Sont-elles actualisées et adaptées ? Il y a probablement un travail à faire sur la production, la mise en œuvre et l'évolution permanente de ces références médicales de façon à ce qu'on ne s'arrache pas les cheveux tous les trois ou quatre ans parce que les données ne sont plus actualisées.

Le quatrième point, n'est pas un point tactique, mais un point de fond. Beaucoup de professionnels de santé se livrent déjà d'une manière implicite à des démarches qui sont de l'ordre de l'évaluation de leur pratique. Une bonne partie du défi qui nous est posé dans les deux ou trois années qui viennent est probablement de rendre visible, de donner une formalisation à ce que beaucoup d'entre nous font déjà, et qui est de l'ordre de l'évaluation des pratiques. Mais en réalité, il s'agit d'opérer une translation culturelle de façon à ce que ce qui est fait de manière implicite devienne dans une large mesure beaucoup plus explicite et repérable de l'extérieur par quelqu'un à qui il viendrait l'idée de demander des comptes dans le meilleur esprit. Il est évident que plus nous préviendrons, dans le bon sens du terme, nos étudiants en formation initiale de ce nouveau contexte professionnel de l'évaluation, qui doit être explicité, mieux ce sera. Il faut que les facultés et les instituts de formation s'y mettent avec la plus grande des vigueurs, de la manière la plus positive, de façon à bien indiquer aux étudiants que ce n'est pas vexatoire, que ce n'est pas une diminution de la qualité de nos pratiques que d'inspirer une bonne pratique ou une bonne médecine. C'est un message positif à faire passer, qui doit notamment être porté par les leaders de nos établissements de formation et de pratique.

Le cinquième point concerne le choix de la Haute Autorité, depuis son installation fin 2004 début 2005, d'une évaluation intégrée à l'exercice médical

et non d'une évaluation surajoutée à l'exercice clinique. C'est donc le choix d'intégrer, dans nos pratiques à tous, quelques éléments qui nous permettent de développer très simplement, sans surcharge, des pratiques évaluatives. C'est un peu ce que les Anglo-Saxons positionnent sous le terme de "*formative assessment*", évaluation formative, qui n'est pas culturellement très établie chez nous. Ce n'est donc pas du tout le choix d'une évaluation normative qui aurait visé à identifier et à éliminer des déviants. Au contraire il a été fait le choix de cette évaluation formative de manière à "*déplacer l'ensemble des pratiques vers l'excellence*".

Le sixième et dernier point porte sur les neuf conseils de l'éminent Docteur BERWICK, qui préside à la fois l'Institut de Médecine aux Etats-Unis, sorte d'académie de médecine, et l'institut qui pilote la politique d'amélioration de la qualité des soins.

Les neuf conseils qui figurent dans un petit papier du BMJ d'Avril 2004 consistent à :

- simplifier : l'amélioration de la qualité n'a pas vocation à être compliquée ;
- attacher toute l'importance souhaitable à la notion d'équipe ;
- être pragmatique quand il s'agit de mesurer ;
- limiter les aspects organisationnels au strict minimum ;
- ne pas négliger les aspects politiques ;
- aider les patients à jouer un rôle ;
- aller vite, commencer maintenant ;
- diffuser et s'étendre continuellement ;
- surtout ne pas se plaindre.

## RECOMMANDATIONS, REFERENTIELS ET CONFERENCES DE CONSENSUS: les nouvelles bases d'une odontologie factuelle

### Dr. Michel SIXOU

*Responsable du Département de Santé Publique  
U.F.R d'odontologie - Université de Toulouse*

Le sujet que je vais traiter traduit un changement profond des paradigmes et des bases fondamentales sur lesquels nous travaillons. Il s'agit depuis dix ans d'une évolution forte vers de nombreuses recommandations et référentiels qui semblent transformer profondément la façon dont nous travaillons au quotidien. C'est de ce changement de base de travail dont je souhaite parler : quels sont ses fondements, pourquoi ces changements ?

Nous venons de ce qu'on appelle l'art médical. Nous avons évolué à travers les conférences d'experts, qui étaient une évolution de l'art médical, pour aujourd'hui n'entendre plus parler que d'une seule religion, appelée l'EBM. Qu'est-ce que l'EBM ? L'EBM est-elle véritablement le fondement de la pratique de demain ? L'EBM est à l'origine d'une diversité de référentiels dont nous sommes aujourd'hui inondés. Comment les prendre en compte ? Faut-il les suivre systématiquement ? Quelles sont les limites de ces référentiels ? Comment prendre en charge un patient face à la multitude des recommandations qui nous assaillent ? Voilà les questions que je souhaiterais aborder.

D'où venons-nous ? L'art médical est défini en cinq points. Historiquement il nous faut :

- reconnaître le besoin d'un malade ;
- faire un bon diagnostic ;
- avoir une bonne connaissance de l'état de l'art ;
- appliquer avec discernement au malade (notion d'éthique) ;
- tenir compte des caractéristiques cliniques.

Ce sont des éléments très positifs. En quoi peut-on améliorer cela ?

C'est la question de fond. Nous avons appris à travers la notion de compagnonnage, à savoir la relation maître-élève, relation que nous avons tous eue avec les gens qui nous ont formés. Nous avons tous à cœur de raconter l'histoire d'une personne qui nous a marqué au cours de notre parcours universitaire, orienté et donné une certaine passion. Nous avons donc basé notre formation sur cette relation très forte, affective, où intervient souvent le charisme d'un maître. C'est ce sur quoi s'est fondée l'odontologie que nous avons apprise. Nous nous identifions d'ailleurs souvent à ce maître qui est pour nous une image que nous essayons de reproduire.

Aujourd'hui, les choses se compliquent, car, avoir une bonne connaissance de l'état de l'art implique de connaître une quantité de documents et de vues graphiques absolument monstrueuse. Il est quasiment impossible, pour un omnipraticien, pour un clinicien, d'arriver à assimiler, lire, analyser ce flot continu de littérature qui nous assaille dans tous les domaines possibles et imaginables. Même un universitaire, dont c'est pourtant la mission, ne peut en assumer la charge. Il en assume la charge dans des domaines très spécialisés, verticaux mais une connaissance horizontale est devenue de plus en plus difficile.

L'autre élément qui oriente vers un nouveau dispositif, une conception différente de concevoir nos pratiques, est la diversité des pratiques. Ce qui m'a surpris dans mes fonctions de responsable CCPPRB, est de voir à quel point dans des domaines qui semblent des domaines traditionnels de soins, deux établissements hospitaliers peuvent





prendre en charge la maladie de façon différente. Pour une pathologie parfaitement diagnostiquée, avec une symptomatologie très claire, deux CHU de réputation vont avoir deux approches de technique, de chirurgie, de prise en charge médicamenteuse totalement différentes. En fonction de la géographie, de l'endroit où vous êtes, vous serez pris en charge et traités différemment. Qui est meilleur ? Chacun est persuadé qu'il travaille du mieux possible, qu'il apporte le meilleur service. Nous n'avons aucune idée de qui est le plus efficace. Nous retombons donc sur la nécessité de l'évaluation, la nécessité d'évaluer nos pratiques médicales. Tout cela pose les bases de quelque chose de nouveau qui semble de plus en plus évident.

Nous avons tous entendu parler de cette EBM, Evidence-Based Medicine. Sa traduction française est difficile. On parle de médecine factuelle, de médecine basée sur des faits prouvés. Une de ses volontés est de permettre une meilleure utilisation de l'information. Evidemment, la prise en charge individuelle du patient reste omniprésente mais il y a également une notion de prise en charge collective, de santé publique et de meilleure utilisation des ressources financières puisqu'elles ne sont pas inépuisables et qu'aujourd'hui nous avons de gros problèmes entre l'augmentation technologique et les coûts limités. Il y a bien cette notion de contrôle des coûts et de politique de santé derrière l'EBM. Bien évidemment, il faudra une méthode.

La méthode sera épidémiologique et statistique pour essayer d'analyser, de comprendre et d'en tirer les conclusions. La question que nous pouvons nous poser est : doit-on traiter les malades comme des malades statistiques ? Y aura-t-il derrière chaque malade que nous devons prendre en charge des biais statistiques nous disant que sur une population, il faut procéder de telle façon ? Est-ce ainsi que nous pouvons penser ? Nous allons essayer d'apporter des pistes pour y répondre.

Les bases fondamentales de cette nouvelle façon de concevoir la médecine sont la prééminence des critères de jugement cliniques, la transparence et

une méthodologie d'analyse la plus rigoureuse possible. La transparence sera omniprésente sur toute la démarche : on doit toujours pouvoir justifier tout ce que l'on dit. Ce n'est pas parce que je vous le dis que j'ai raison, c'est parce que je vais pouvoir le justifier et vous convaincre. Vous-mêmes, vous allez pouvoir faire le parcours pour vérifier ce que je dis. Si vous ne pouvez pas le vérifier, ce que je dis n'a pas d'intérêt.

Il y aura des analyses quantitatives des effets. Ce n'est pas simplement un effet positif ou négatif, on peut mesurer l'effet, reproduire cette mesure et comparer l'effet à des traitements de référence ou placebos.

Il faut toujours avoir une notion de mesure, d'où, d'ailleurs, un problème concernant les critères sélectifs. On a des échelles de valeurs analogiques. Par exemple il est difficile d'évaluer la douleur et d'améliorer la prise en charge de la douleur. Cela existe, mais est difficile. Enfin, il faut pouvoir apprécier l'application des options retenues, ce qui veut dire qu'il faut pouvoir mesurer et évaluer ce qu'on met en œuvre. Il faudra toujours, à travers ces démarches, avoir une possibilité de retour du résultat de l'action obtenue.

Quelles sont les bases de cette méthodologie ?

Les limites de l'EBM sont liées aux sujets traités qui sont toujours des sujets importants. Il y a beaucoup de domaines médicaux que l'on va qualifier de non vitaux, secondaires, qui ne seront pas pris en charge par l'EBM car celle-ci ne peut pas répondre à toutes les questions. Que fait-on alors ? Retombe-t-on dans l'empirisme ? L'EBM a donc une limite.

Ensuite, les critères de jugement peuvent être très précis et il y a une importance d'adéquation entre les critères de jugement et la question posée. Lorsqu'on évalue des protocoles de recherche, on évalue des méthodologies, on se rend compte que, souvent le critère de jugement utilisé ne répond pas précisément à la question. Cette qualité méthodologique d'accord entre le critère de jugement et la question est l'une des bases fondamentales.

L'un des points les plus sensibles est la littérature. Où va-t-on chercher les réponses ? Dans la littérature. La littérature est importante, prolixe, de qualité variable : vous avez des qualités remarquables, de niveau de preuve élevé, et d'autres qui sont médiocres. Il y a ce qu'on appelle la littérature grise, qui regroupe tout ce qui n'est pas indexé, référencé et qui n'a pas d'impact factor, ayant des niveaux de preuve très faibles, des avis d'experts. Que faire de cela ? Doit-on en tenir compte ? Doit-on faire évoluer des attitudes en fonction de ce niveau de littérature. On voit donc tout de suite la notion très importante de niveaux de preuve : cette référence a-t-elle un niveau de preuve élevé ou faible ? En fonction de cette pondération, on va pouvoir en tenir compte ou non.

Pour l'appréciation de la qualité des données, de ce niveau de preuve, la méthodologie utilisée doit être explicite. Il faut toujours rendre des comptes de ce qu'on a fait et de comment on l'a fait. On va comparer différentes procédures de façon également explicite et enfin on va formuler des recommandations et cette formulation devra être pondérée : si c'est un avis d'expert, c'est une pondération faible ou si c'est un essai randomisé, un niveau de preuve élevé. Il faudra donc à chaque fois pouvoir dire quelle est la force, la pondération et le degré de certitude de ce que l'on avance. Ceci afin de toujours guider le praticien dans la décision thérapeutique qu'il a à prendre face à son patient, car cette décision lui appartient toujours. La notion d'autonomie n'a pas disparu derrière la notion de référentiel.

La conférence d'expert est ce que nous faisons dans le passé. Cela existe encore, ce sont des réunions de vieux camarades. C'est l'approche traditionnelle, c'est-à-dire que des personnes qui sont jugées compétentes sur un domaine vont se rencontrer, discuter et émettre leur point de vue. Certaines personnalités vont parler plus fort que d'autres. Certains ont une reconnaissance liée à différents critères sociaux qui vont faire que leur parole sera d'or, justifiée ou pas. Le charisme de certains prendra le dessus sur d'autres réservés et plus timides. Il en sortira des avis d'experts qui feront ensuite référence parce qu'ils se transmettront de bouche à oreille. Voilà ce qu'étaient un peu les anciennes conférences

d'experts. Malgré tout l'intérêt que cela peut présenter dans l'histoire de la médecine et de l'odontologie, nous ne pouvons plus nous permettre cela aujourd'hui. Cette méthode génère des conflits d'intérêts puisque les experts sont forcément impliqués dans la recherche, dans l'industrie, dans le public. Les experts sont donc forcément en conflit d'intérêt, c'est inhérent à la notion d'expert. Il faut donc les déclarer pour qu'on puisse identifier à quel moment l'expert peut déraiser. Le charisme des personnes peut vous convaincre très facilement, parce qu'elles ont une force de persuasion. Il y a aussi les leaders d'opinion. On a vu des polémiques créées uniquement pour créer la polémique c'est-à-dire que le sujet n'était pas important, il fallait faire scandale. Dans le domaine des anti-infectieux et de la bactériologie, on a vu des conférenciers proposer des antibiothérapies associant trois molécules pour traiter des pathologies qui se règlent habituellement par mono-antibiothérapie, tout simplement pour faire un effet de manche.

Il existe de multiples formes de référentiels. Vous avez les recommandations pour la pratique clinique qui sont les plus classiques, les conférences de consensus, les consensus d'experts, les manuels d'accréditation, les références médicales opposables. Les deux dernières ne nous concernent pas directement. Les trois premières sont omniprésentes dans notre pratique odontologique. Comment vont s'élaborer ces référentiels ?

Ils ont une méthodologie type, ils ont une organisation transparente. Il y a tout d'abord un promoteur, un organisateur qui sera à l'origine de cela. Il nommera un responsable de comité, président qui définira les différents experts qui composeront ce comité, sachant que ce comité associera des experts de différents domaines, de différentes sensibilités. C'est cette pluralité et cette représentativité de gens qui ne sont pas forcément du domaine qui en fera la richesse et l'intérêt. Il va donc y avoir un groupe de travail nommé. Ce travail sera corrigé par un groupe de lecture, en particulier dans les RPC, puis reviendra au groupe de travail avec des systèmes d'évaluation. C'est donc toute une mécanique qui permettra d'éviter la prépondérance d'un leader d'opinion, défaut des anciens systèmes.

Comment vont-ils travailler ? La base reste la recherche documentaire. On ne pourra donc pas trouver de réponses à des questions pour lesquelles il n'y a pas eu d'avancée significative ou de publication à niveau de preuve élevé. L'un des gros problèmes de l'odontologie est que lorsque nous faisons l'évaluation de la littérature internationale, les papiers qui sont qualifiés à niveau de preuve élevé sont excessivement rares. La plupart seraient classés dans des niveaux de preuve faibles. Un référentiel ne peut donc pas donner plus qu'il n'existe dans la littérature même s'il existe des méthodes d'analyse qui permettent d'améliorer un peu cela : *les méta-analyses*.

Une synthèse de la littérature en évaluant son niveau de preuve sera donc la première chose à faire pour formuler des recommandations. La méthode devra être parfaitement expliquée et transparente. Il faudra diffuser cette information. Cela fait partie du travail de ce groupe de savoir comment diffuser, comment communiquer. Il faudra ensuite évaluer le résultat de cette mise en œuvre de recommandations. Il conviendra enfin de prévoir, dès le départ, la réactualisation des recommandations car une recommandation n'est jamais figée. Il faut la faire vivre avec une fréquence de renouvellement tous les 2 ans, 5 ans, 10 ans. Le travail d'un groupe est un travail parfaitement institué pour essayer d'améliorer la façon dont nous travaillons.

La question de base est bien sûr : faut-il des référentiels pour tout ? Nous venons de cette culture du non-écrit où la transmission de l'information était orale et l'écrit a commencé à se développer. Aujourd'hui, nous semblons aller vers le tout écrit, il faut que tout soit écrit : nous appliquons un livre de recettes. C'est ce qui semble être la dérive de cette pratique EBM. C'est la façon dont est diabolisé l'EBM par certaines personnes. Nous oublions qu'au centre de ce processus, il y a un individu, un patient.

L'EBM n'a absolument pas oublié la notion d'individu : la réflexion médicale doit rester centrée sur l'individu. Celui-ci ne doit pas s'effacer derrière des livres de recettes. Que vous ayez des guides est une chose, mais la décision reste sous la

seule responsabilité du praticien. C'est ici qu'on arrive aux limites d'application de l'EBM, qui est donc restreinte par la qualité de la littérature mais surtout par le fait que les questions soulevées par cette approche sont des questions fondamentales. Il y a beaucoup de problématiques qui ne seront jamais abordées et le praticien restera seul à devoir prendre des décisions face à une littérature exhaustive. Il ne faut surtout pas prendre l'habitude de se laisser soutenir par des référentiels dans sa pratique quotidienne.

Quel est l'état des référentiels en Odontologie ?

Prenons par exemple l'antibiothérapie en odontologie. En quatre ans, il y a eu les recommandations AFSSAPS, les recommandations ANAES, la conférence de consensus, un rapport de la CNAM qui a évalué les pratiques d'utilisation des antibiotiques en odontostomatologie et un dossier d'un groupe de travail scientifique de l'ADF.

Globalement, le problème de l'antibiothérapie en odontostomatologie semble avoir été abordé dans de nombreuses directions. Y a-t-il une connaissance dans la population des praticiens de tous ces documents ? Cela a-t-il changé la façon de faire ? Ces documents sont-ils lisibles et transparents ? Je n'en suis pas persuadé. Il y a un énorme travail derrière, des recommandations qui à mon sens sont intéressantes. Cependant elles sont d'un accès difficile.

Si vous listez ce qui existe en odontologie sur le site de l'ANAES vous vous rendez compte qu'il y a un énorme travail de référentiel dans le domaine de l'odontologie. Encore une fois, il est clair que les praticiens l'ignorent. Les universitaires qui sont censés transmettre des connaissances n'utilisent pas beaucoup l'outil que constitue le référentiel, ne donnent pas la culture à leurs étudiants d'utiliser ces référentiels qui pourtant s'appuient sur une méthode transparente. Bien qu'il soit évident que ces référentiels apportent beaucoup, ils ne sont pas encore passés dans notre culture

Il s'est passé quelque chose de très important ces dernières années. Nous basculons vers quelque chose de nouveau. Le référentiel basé sur un niveau de preuve constitue un outil précieux pour le praticien, qui nous amène vers ce qu'on peut appeler une odontologie factuelle, EBD,

Evidence-Based Dentistry. Mais il faut bien considérer malgré tout que la relation qui existe entre un soignant et un soigné est une relation basée sur des valeurs humaines, qu'on ne peut pas s'abriter derrière le référentiel, que la décision appartient au clinicien. Un référentiel n'est pas une norme, il ne s'agit pas d'une normalisation. Il s'agit d'une aide et la décision revient toujours aux soignants avec cette relation soignant-soigné dans laquelle l'apport de l'éthique donne une certaine dimension et permet peut-être d'enlever le côté inhumain de la règle. C'est la raison pour laquelle, à Toulouse, nous nous sommes entourés d'un groupe de réflexion éthique, travaillant en collaboration avec le laboratoire de Christian HERVE pour essayer de maintenir une dimension humaine dans l'utilisation de ces référentiels.

## ACCES AUX SOINS ET IMPACT DES INTERVENTIONS EN POPULATION

### Pr. Pierre LOMBRAIL

*Directeur du Laboratoire de Santé Publique et d'Epidémiologie - U.F.R. de Médecine - Université de Nantes*

J'ai choisi de faire une mise au point simple en m'appuyant sur les travaux qui font souvent référence en la matière, ceux des collègues québécois, en l'occurrence l'équipe d'André-Pierre CONTANDRIOPOULOS.



Il a été question de référentiels et d'évaluation professionnelle. Une clarification consiste à différencier l'évaluation normative (fait-on ce qu'on est censé faire ? Et finalement sait-on si souvent que cela ce qu'on est censé faire ? Est-on en situation de le faire ? Pas souvent.) de l'évaluation formative que les Québécois appellent souvent recherche évaluative. Evaluer, c'est porter un jugement ; un jugement,

c'est un point de vue. Un point de vue est forcément situé. Il est situé du côté de l'Assurance Maladie, qui nous représente tous. Ce sont nos finances, nous avons donc tous intérêt à ce que l'Assurance Maladie rembourse les soins les plus fondés possibles. Dans quelle condition, c'est autre chose.

Le point de vue de l'utilisateur est encore différent parce que l'utilisateur est multiple. Les utilisateurs que nous voyons dans le centre de soins dentaires dans lequel je suis, viennent pour la moitié d'entre eux de couches de la population défavorisées. Ces personnes n'ont pas les mêmes représentations des soins que la majorité du public de ce colloque. Ce ne sont pas exactement les mêmes conditions de prise en charge que celles que l'on rencontre dans un cabinet de ville, où on prend aussi ce type de patients, mais pas dans les mêmes proportions.

Le nouveau continuum va de la recherche à l'évaluation, je commencerai malgré tout par l'évaluation normative et j'avancerai vers la recherche évaluative. Je n'aborderai pas la recherche non évaluative, qui est pourtant essentielle dans l'objet qui nous occupe.

J'ai évoqué la spécificité de certains publics. Finalement qu'en connaissons-nous ? Quelles sont leurs représentations ? Ces représentations de la santé ou du soin vont conditionner leur plus ou moins bonne participation aux projets que nous avons pour eux. Prendre en compte ces caractéristiques est au moins aussi déterminant pour le résultat final que toutes les recherches cliniques que nous sommes amenés à faire.

L'évaluation normative cherche à apprécier chacune des composantes de l'intervention en fonction de critères et de normes. Les docteurs, auxquels j'assimile volontiers les dentistes, n'aiment pas trop les normes. Aujourd'hui encore j'ai lu un article qui disait combien les infirmiers adoraient et étaient rassurés par la norme, quand les médecins, des chirurgiens en l'occurrence, assez proches donc des chirurgiens dentistes, étaient ulcérés par l'application de normes considérant qu'ils appliquaient à chaque fois un traitement particulier à un cas particulier. Si on ne prend pas cela en compte, on passe à côté du sujet.

Lorsqu'on parle d'évaluation normative, on parle de références de pratique. Il y a bien d'autres choses qui peuvent faire l'objet de références, évidemment, elles ne sont peut-être pas toutes "evidence based". La recherche évaluative vise non seulement à améliorer ce qui a été produit par une intervention, une action (cela peut être un soin individuel ou un programme de dépistage) mais aussi à comprendre comment et pourquoi. L'interaction soignant/soigné est un des paramètres à prendre en compte.

Une intervention sert à faire quelque chose pour modifier le cours prévisible d'un phénomène et corriger une situation problématique. L'évaluation n'est pas une fin en soi, c'est un outil pour améliorer le résultat sanitaire de la situation. La finalité est cognitive : on vise simplement à savoir ce qui se passe. De mon point de vue, on ne

fait pas assez d'enquêtes de pratique. Sans enquête de pratique, il est assez difficile de savoir ce qui est à modifier prioritairement de ce qui l'est moins. La dimension normative est la dimension prégnante et comme on ne présente qu'elle, elle donne généralement une vision de l'évaluation qui fait fuir tout le monde. C'est dommage car c'est une action essentielle. Mais la notion essentielle est instrumentale, c'est-à-dire qu'elle vise à améliorer la qualité des soins, mais les soins à une clientèle tout autant que les soins rendus à une population. Nous butons ici sur les questions d'accès aux soins et les barrières sont nombreuses. Financières bien sûr, et en matière de soins dentaires notre pays n'est pas à la pointe, mais culturelles tout autant. On oublie la dernière dimension qui est la dimension démocratique. J'attends le jour où les problèmes de santé et la recherche des solutions à même d'améliorer la santé, notamment bucco-dentaire, de la population seront l'objet de débats autrement que sous la forme d'échanges d'anathèmes.

Au-delà du côté formatif en référence à des normes de pratique, il est intéressant d'avancer sur le complément trop peu développé dans notre pays, celui de la recherche évaluative.

Cette dernière vise à analyser, par des méthodes scientifiques valides et reconnues, les relations qui existent entre les différentes composantes d'une intervention. Plus spécifiquement, elle vise à analyser la pertinence, la logique, la productivité, les effets et le rendement ainsi que les relations entre l'intervention et le contexte dans lequel elle se situe.

### ***Analyse stratégique***

Dans un cabinet, dans un service du Conseil général ou à l'Assurance Maladie, l'analyse stratégique est un point de vue légitime comme tous les autres. L'Assurance Maladie n'a d'ailleurs pas que cette fonction de payeur, mais aussi une fonction critique sur ce qui est remboursé.

L'analyse stratégique vise à déterminer la pertinence de l'intervention et sa raison d'être. En clair, elle renvoie à des choix de priorité. Est-ce qu'on identifie bien la cible ? Les dentistes sont assez bien placés avec les enquêtes assez

exemplaires et emblématiques de l'UFSBD, du Conseil général du Val de Marne ou de celui de Seine-Saint-Denis.

Ces enquêtes montrent que, globalement, la santé bucco-dentaire dans le pays s'est améliorée mais cela montre tout autant qu'il y a des poches de résistance : il y a une petite partie de la population qui cumule les problèmes de santé dentaire. La question qui se pose donc est d'arbitrer entre deux types de mesures. D'une part, des mesures génériques qui visent à accompagner ce mouvement, largement dû à l'amélioration de nos conditions de vie mais aussi d'accès aux soins dentaires, je peux le concéder ; L'amélioration de la santé, c'est un peu les médecins et beaucoup le reste. D'autre part des mesures spécifiques.

Le débat se situe donc entre les mesures génériques et/ou les mesures spécifiques. Si nous voulons maintenant améliorer la situation de manière significative, nous ne pouvons plus compter seulement sur les mesures génériques. Il faut aussi doubler ces mesures génériques d'actions plus spécifiques, vis-à-vis de publics plus vulnérables.

### ***Analyse logique***

Une fois qu'on a identifié la cible, sait-on vraiment ce qu'il faut faire ? Généralement, dans ce pays comme partout, les professionnels du soin envisagent la composante soignante, c'est-à-dire l'acte technique, réalisée sur un mode interindividuel. C'est là que la majorité des référentiels de pratique s'applique. Bien entendu, ce sont des référentiels cliniques. Mais, si nous revenons à la question précédente, mesures génériques et/ou mesures spécifiques, qu'est-ce qui nous dit la nature de l'intervention ? Sur quel niveau de preuve pouvons-nous appuyer pour construire une intervention à même de rattraper certaines des inégalités de santé bucco-dentaire ?

Nous sommes bien sur un référentiel clinique individuel : si certains ont plus de besoins, il faut probablement les prendre en charge de manière particulière. Mais nous sommes aussi sur un référentiel populationnel : comment rentrer en contact avec ceux qui en auraient le plus besoin et

qui sont comme par hasard ceux qui ont le plus de difficulté à l'utiliser pour des raisons culturelles ? La culture n'est pas seulement liée à la couleur de peau, c'est simplement l'appartenance à un milieu social, où d'un côté, il est normal de souffrir et d'un autre, il n'est plus normal de souffrir. Les conditions financières et l'accessibilité des soins dentaires, évidemment problématiques dans ce pays, sont également à considérer.

L'analyse logique est finalement assez compliquée. Nous n'avons pas besoin seulement de la référence clinique, mais aussi de références sur les meilleures modalités de mise en œuvre.

### ***Analyse de productivité***

L'analyse de la productivité est de savoir si on a travaillé au meilleur prix. C'est une question essentielle mais ce n'est pas la question la plus compliquée, aussi je ne développerai pas.

### ***Analyse des effets***

Une des questions les plus cruciales est l'analyse des effets. Prenons l'exemple des actions de dépistage. Pendant longtemps, la question qui se posait était : " sommes-nous capables de dépister la majorité du groupe d'âge que nous visons ? " La réponse est de plus en plus " oui ".

Mais ceux que nous avons le plus de mal à dépister sont ceux qui ont les caractéristiques sociales faisant qu'ils ont les besoins les plus importants par rapport à la moyenne du groupe. Si vous passez cette difficulté d'analyse des effets en matière de dépistage la question est de savoir si on arrive à mettre ces enfants dépistés dans un processus de soin qui amène à corriger effectivement la situation dans laquelle ils se trouvent. La question n'est pas seulement d'arriver à dépister les enfants qui ont une carie mais ceux qui en ont quatre voire plus et surtout de les soigner. C'est assez rare de mesurer cela et quand nous le mesurons, nous avons des surprises.

Il existe différents niveaux d'évaluation d'efficacité. L'efficacité théorique : c'est en laboratoire, est-ce que cela marche ou pas ? L'efficacité

clinique c'est quand nous prenons des gens volontaires pour participer à un essai thérapeutique. Cela peut se faire aussi en dentaire. Avec ces gens, est-ce que j'arrive à faire le soin que j'ai prévu et à obtenir le résultat clinique, c'est-à-dire la correction de leur problème de santé ? La réponse est généralement "oui".

Là où le bât blesse, c'est qu'on confond très généralement cette efficacité clinique avec l'efficacité d'utilisation, pour plusieurs raisons. La première est que les malades qui participent aux essais cliniques sont de bons malades, qui n'ont pas d'autre maladie par ailleurs, qui sont prêts à suivre ce qu'on leur propose. Dans la vraie vie, les malades sont en plus malades, ils ne sont pas seulement insuffisants cardiaques, ils sont aussi diabétiques ou hypertendus. Ils sont un peu plus âgés que ceux qui participent aux essais cliniques et ont déjà plus de difficultés de compréhension ou d'observance. Les docteurs ne savent pas très bien ce qu'ils font chez eux. Autant nous avons des référentiels assez précis sur l'efficacité des médicaments dans une situation mono pathologique, autant quand les situations deviennent poly-pathologiques, nos références sont un peu plus floues. C'est peut-être une particularité médicale par rapport à l'exercice dentaire. Nous avons toujours intérêt, et nous le faisons depuis peu, à vérifier l'efficacité d'utilisation pragmatique, qui est toujours en dessous de l'efficacité clinique. Ce que nous ne faisons pas suffisamment dans ce pays c'est d'évaluer l'efficacité populationnelle de nos interventions. Quand mesurons-nous notre capacité au-delà des cabinets à toucher ceux qui en ont le plus besoin et à corriger leur problème de santé ?

### ***Analyse du rendement***

Dans l'analyse du rendement, nous croisons la productivité et les effets.

Sommes-nous économes de nos ressources, est-ce que nous obtenons les meilleurs effets pour le minimum de ressources ou au moins pour les ressources que nous engageons est-ce que nous obtenons autant d'effet que nous pourrions l'obtenir ?

### ***Analyse de l'implémentation***

La vie quotidienne enseigne qu'il faut faire simple si nous voulons évaluer, mais en ayant conscience de la complexité du contexte d'exercice dans lequel nous sommes amenés à travailler. Il s'agit d'essayer de comprendre pourquoi cela marche, quelle que soit la nature de l'intervention, dans un contexte déterminé et pas dans un autre, pourquoi l'évaluation des pratiques professionnelles marche dans tel groupe professionnel et pas dans un autre ? C'est parce que nous nous en sommes donné les moyens ou pas, parce que ce groupe est plus réceptif ou pas. Il y a plusieurs raisons qui entrent en résonance, qui sont interdépendantes et qu'il faut essayer de comprendre.

L'objectif de l'évaluation n'est pas de décerner des bons points, encore qu'il faille décerner des bons points. On décerne trop souvent uniquement des mauvais points. Si on commençait par décerner des bons points, cela se passerait bien. Mais qu'on décerne des bons ou des mauvais points, à la limite, l'enjeu n'est pas là. Si nous voulons tous progresser, il faut comprendre pourquoi certains méritent des mauvais points et d'autres des bons points. C'est de cette évaluation dont nous avons besoin.

## DEBAT

### Dr. Nicolas LEBLANC

Directeur médico-social dans une plate-forme mutualiste, médecin spécialisé en santé publique

*Je suis toujours très intéressé par l'avènement de la médecine et de la dentisterie basées sur les faits. Vous avez dit que cela améliorerait la morbidité et la qualité de vie des malades en gérant mieux l'information produite de part le monde et que cela permettrait de mieux allouer les ressources. Tout cela dans un dispositif où les acteurs qui dispensent l'EBD bénéficient peu de formations en continu.*

*Le chantier reste à construire il me semble, d'où l'importance de la formation initiale. Vous nous avez dit aussi que les avis d'experts sont des avis à faible niveau de preuve, comme nous le savons dans ce domaine. Quels sont les travaux faits par les universités aujourd'hui pour faire en sorte que la formation initiale soit robuste et que cette culture soit apprise ? Je sais que dans certaines universités médicales les thèses sont remplacées par des lectures critiques d'articles ou par ce type de dispositif. Sent-on aujourd'hui dans les universités odontologiques ce vent de la dentisterie factuelle ?*

### Dr. Michel SIXOU

*La question fondamentale est effectivement la formation initiale. En ce qui nous concerne sur Toulouse, nous avons effectué un virage important au niveau de la formation, il y a de cela cinq ans. Les cours magistraux dans la sous-section santé publique/épidémiologie, législation et éthique ont quasiment disparu au profit de quelques séminaires qui amènent à des travaux personnels : travaux personnels sur publications ou bases de données avec tous les outils d'analyse critique.*

*Ce sont en fait les étudiants qui vont chercher l'information et se rendre compte qu'ils en ont finalement toute l'aptitude. Ils sont guidés, cela demande un travail beaucoup plus actif de la part des enseignants, parce que c'est plus compliqué à gérer. Mais c'est plus passionnant parce que l'étudiant découvre, il devient curieux, acteur et s'approprie tout cela. Quand vous ne lui apportez pas la réponse et que*

*vous lui dites d'aller chercher, une fois qu'il a cherché et présenté, il peut donner les limites de ce qu'il a présenté, qui lui semblait enthousiasmant, il ouvre les yeux. Le problème c'est que vous le faites douter et un étudiant n'aime pas douter. J'estime qu'en tant qu'enseignant, quand je laisse partir quelqu'un qui doute, je suis rassuré. Quand on laisse partir quelqu'un avec trop de certitudes, je suis très inquiet. Nous avons doublé ce dispositif de formation initiale par des formations de 3ème cycles.*

*Nous avons créé il y a cinq ans un D.U. de recherche clinique. Nous attendons tout de cette formation. Aujourd'hui sont mis en place les M1 et les M2 de la réforme LMD dans lesquels la thématique où nous sommes fortement impliqués est l'épidémiologie et la recherche clinique de statistiques. C'est omniprésent, tout le cursus est en place. Les premières générations d'étudiants formés à cela sortent. Ils sont en fin de parcours dans les parcours de docteur d'université, donc ils arrivent. Il faut simplement le temps d'initier un tel changement profond. C'est vraiment une révolution. On ne peut pas imaginer comment seront les pratiques de demain. Je n'arrive pas à savoir comment cela sera. Je pense simplement que c'est positif.*

### Pr. Youssef HAÏKEL

*Pour aller dans le même sens il faut arriver à un moment donné à mesurer l'implémentation de ces formations.*

### Dr. Alain LEBOURHIS

Président de la Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux du Val de Marne

*Nous avons eu une réunion à la Haute Autorité de santé le jeudi 20 octobre, avec les différents représentants de la profession. Je retiendrais le point "Ne pas négliger les aspects politiques". Nous avons largement débattu d'évaluation lors de notre rencontre. La profession est entièrement d'accord pour établir des référentiels, pour savoir dans quelle direction nous devons aller. Mais établir ces référentiels sur une base actuelle de prise en charge par la Sécurité sociale des soins dentaires pose un gros problème technique. On va*



*mettre au point un système qui est très bien du point de vue intellectuel mais qui fonctionnellement parlant ne peut pas être pris en charge financièrement. Je pose donc la même question que je posais l'autre jour : n'est-ce pas le moyen, par le biais de cette nouvelle odontologie factuelle, de remettre en cause tout le système dentaire qui existe, à savoir le parcours santé du praticien ? On ne parle pas de cela dans l'évaluation des pratiques. Il faudrait créer une nouvelle chirurgie dentaire qui nous permette de mettre vraiment en œuvre ce que vous proposez. Financièrement parlant, la Sécurité sociale ne peut pas financer la mise en œuvre de vos propositions. Comment allons-nous faire ?*

**Pr. Jean-Michel CHABOT**

*Je ne voudrais pas donner le sentiment de botter en touche mais c'est une question qu'il faut poser à l'Assurance Maladie. Ceci dit, c'est un mouvement d'ampleur qui va prendre beaucoup de temps.*

**Dr. Alain LEBOURHIS**

*Justement, je disais l'autre jour que nous avons quinze ans pour remettre le système dentaire en place. Il y a eu tellement de retard qu'on ne peut pas le mettre en place en deux ou trois ans avec n'importe quelle convention.*

**Pr. Jean-Michel CHABOT**

*Je ne pense pas que ce soit l'objectif de qui que ce soit.*

**Dr. Alain LEBOURHIS**

*Tout à fait. Si nous voulons donc faire quelque chose dans ce sens, il faut mettre toutes les cartes sur table, pour recommencer le système à zéro.*

**Pr. Jean-Michel CHABOT**

*Oui. En revanche, je ne pense pas sortir du cadre de mon propos en vous rappelant ce qu'on appelle des "AcBUS", c'est-à-dire des accords de bon usage des soins. On peut très bien imaginer des AcBUS qui n'ont pas une grande texture médico-scientifique. Mais dès lors qu'ils ont cette texture, cette matière, qu'ils touchent à cette bonne redéfinition des pratiques et des*

*trajectoires de patients, ils sont parfaitement le support à l'évaluation des pratiques professionnelles. Je vais prendre un exemple dans le milieu médical stricto sensu car c'est mon actualité pour l'instant. Vous savez qu'il y a un AcBUS sur la colonoscopie qui semble assez fondé médicalement et scientifiquement. Un des projets sur lesquels nous travaillons actuellement est la mise en route rapide de l'engagement d'un grand nombre d'endoscopistes libéraux sur la pratique de la colonoscopie, selon le contenu des termes de cet AcBUS. C'est un projet porté par la profession, il y a donc de grandes chances que cela aboutisse. Nous ne désespérons pas qu'un millier d'endoscopistes fassent leurs colonoscopies et produisent des données en application du contenu de cet AcBUS, avant le milieu de l'année 2006. Par voie de conséquence, ils vont bénéficier de mesures de financement attribuées par l'Assurance Maladie, j'en viens au cœur de votre question. Nous voyons bien que si le système n'est pas fonctionnel dans son ensemble, il y a d'ores et déjà des choses qu'on peut mettre en relation. La bonne pratique médicale dans le cadre, en l'espèce AcBUS, est quelque chose qui s'accompagne de complément de financement pour les professionnels. Non seulement, ce n'est pas incompatible, mais cela fonctionne déjà potentiellement ou partiellement.*

**Dr. Stéphane PEREZ**

*Chirurgien dentiste à Paris, membre du bureau du réseau GIPS*

*Le réseau GIPS est une association de dentistes qui s'occupent de maladies parodontales.*

*Je voudrais poser une question qui s'adresse à l'ensemble des intervenants. Vous avez parlé, Monsieur LOMBRAIL, de vulnérabilité. D'après ce que j'ai compris, la vulnérabilité que vous envisagez est une vulnérabilité socio-économique.*

*Je voulais attirer votre attention sur le problème de la prédisposition génétique ou du risque personnel qu'ont certaines personnes pour développer certaines maladies. C'est aussi une vulnérabilité importante qui, je pense, pourrait faire l'objet de développements. Nous avons, dans le domaine de la parodontologie, des tests génétiques, notamment un test qui s'appelle PST, qui permet de voir certaines prédispositions à développer des maladies des gencives très invalidantes.*

*Le deuxième sujet que je voudrais aborder est le problème du paiement à l'acte qui est un facteur ayant tendance à provoquer des dérives dans notre système de santé. Je pense qu'à partir du moment où on a la possibilité d'évaluer un profil de risque, on a peut-être aussi la possibilité de développer un système de paiement par pathologie ou par capitation. Je voulais savoir ce que chacun en pensait. Nous avons pu, avec notre réseau de santé, donner envie à la Sécurité Sociale, en tout cas à l'URCAM d'Ile de France, de financer cette expérimentation basée sur le paiement forfaitaire annuel.*

### **Pr. Pierre LOMBRAIL**

*Je vais vous faire une réponse rapide puisque j'ai été interpellé le premier. Loin de moi l'idée d'opposer la vulnérabilité génétique à la vulnérabilité socio-économique : les deux se complètent.*

*Je ne suis pas un spécialiste de la question. Je sais simplement qu'elle est extrêmement complexe dans les maladies médicales sur lesquelles je suis un peu plus documenté. Il y a beaucoup à attendre en matière de recherche clinique et d'efficacité théorique ou d'essais de l'amélioration de nos connaissances génétiques, qui permettront de cibler des interventions sur des groupes particuliers. Il n'en demeure pas moins que vous ne lèverez pas les questions suivantes qui sont celles de l'efficacité de l'utilisation dans la vraie vie et encore plus de l'efficacité populationnelle.*

*Que nos connaissances progressent dans ce domaine, je serais le premier à m'en féliciter. Que nous soyons capables d'en faire le meilleur usage, tout reste encore à faire pour organiser le système, un des intervenants a lâché le mot tout à l'heure, pour faire bénéficier ceux qui en ont le plus besoin des actions pertinentes que la recherche clinique aura identifiées comme telles. Nous avons beaucoup de travail avant de passer de la recherche fondamentale à la recherche clinique et à l'efficacité effective des soins pour chacun.*

*Je me réjouis ensuite que vous fassiez état de la propension de l'Assurance Maladie à ne pas être seulement " un père fouettard ", mais aussi à participer à l'amélioration des connaissances et y compris en étant capable de financer certaines expérimentations.*

### **Dr. Michel SIXOU**

*Concernant le test PST pour répondre à la question du dépistage des sujets à risque de développer des*

*pathologies parodontales, c'est un très bon exemple. L'idée est extraordinaire : définir, dans une population, un groupe à risque de développer une pathologie chronique qui est difficile à contrôler, à traiter sur le long cours et qui générera un handicap conséquent dans les années à venir. L'idée est donc intéressante. Maintenant, que vaut le test ?*

*Le test PST est un test de prédiction de ce risque. Il y a des dizaines d'articles internationaux concernant ces tests. Mais quand on soumet ces tests au niveau de preuve, ils sont tous relégués à un niveau de preuve trois. Ce sont des tests fondamentaux, les idées sont intéressantes : on va déterminer le polymorphisme génétique d'une interleukine dont la force de relation avec la pathologie est très faible. C'est une pathologie multifactorielle. L'idée est donc extraordinaire mais la réalisation n'a pas défini aujourd'hui un grand intérêt dans ce test. Il y a toute une démarche intellectuelle qui plaît aux praticiens, qui vont utiliser ce test parce qu'ils ont le sentiment d'être sur la bonne voie. Mais en termes de valeur prédictive, ce test n'a pas d'intérêt. C'est donc un leurre.*

*Voilà exactement un cas où nous sommes dans l'empirisme. Nous sommes très loin de l'EBM. Cela fait partie des combats que nous menons pour éloigner le praticien de ce genre de gadgets. Ce sont des gadgets, il ne s'agit pas de médecine.*

*C'est donc un cas intéressant. Il y aura tôt ou tard des solutions, des approches mais elles ne sont pas encore performantes. C'est la voie à suivre mais il ne faut pas se jeter sur ce genre d'outils qui n'ont pas été évalués ou du moins de façon intermédiaire.*

### **Pr. Claudine BLUM-BOISGARD**

*Cette question sur le paiement à l'acte n'est pas si facile. Je voudrais revenir également sur une question posée par la salle tout à l'heure sur les relations entre politique et évaluation.*

*Il me semble que le paiement à l'acte n'est pas une bonne manière de poser le problème. Le vrai problème doit être posé comme vous l'avez exposé, de manière technique. Paiement à l'acte ou paiement forfaitaire, c'est un problème de choix de système de santé. Le paiement à l'acte est actuellement revendiqué et le système dans lequel nous vivons, aussi bien dans le domaine dentaire que médical, est le choix des professionnels. Je crois que l'évaluation ne peut pas répondre à la question.*

*En revanche, à l'intérieur de tous les systèmes, il faut utiliser l'évaluation à bon escient. Quand tout à l'heure vous avez parlé des relations entre les professionnels, l'Assurance Maladie et l'évaluation, cela me paraît effectivement une bonne question. Je voudrais donc dire que nous avons beaucoup avancé ces dernières années. Il est apparu aux professionnels et aux responsables de l'Assurance Maladie, que l'évaluation du service médical rendu et attendu, c'est-à-dire les critères d'efficacité, de bénéfice/risque, d'impact de santé publique, auxquels nous devons répondre pour tout médicament, dispositif ou acte, doit être le fondement des décisions pour dire si un produit, un dispositif, un acte doit être remboursé ou pas par la collectivité. D'où l'intérêt d'avoir l'impact de santé publique que nous avons évoqué tout à l'heure. Cette démarche, et cette méthode mise en œuvre, qui l'a été progressivement, est maintenant la méthode de référence utilisée par la Haute Autorité en santé pour définir ce qui devrait être remboursable. Si des nouveaux actes remplissent des critères de ce type, ont un service médical rendu ou attendu suffisant, ils doivent être proposés à un remboursement.*

*Mais, survient alors le problème politique, comme vous l'avez dit, sur lequel l'évaluation ne permettra pas de décider mécaniquement. Prendre en charge ou pas un acte, le substituer à un autre, en tenant compte des ressources dont nous disposons, du service médical rendu en le comparant aux moyens pouvant être utilisés si nous remboursons ce nouvel acte, est une décision politique. Effectivement, on revient à ce que vous avez dit. Il faut tout remettre à plat ou au moins remettre à plat plusieurs dispositions, actes ou prothèses remboursés ou pas.*

*Il faut bien cerner la place de l'évaluation. Il y a après un choix politique. Vous avez bien vu que pour les médicaments, il y a ce que dit la Haute Autorité sur le service médical rendu et les choix des politiques. Je ne trouve pas cela choquant. Ce qui est important est d'avoir la transparence et de connaître le niveau de l'évaluation.*

*Nous espérons au maximum que tout va converger pour que le panier de biens et de services remboursables soit un panier de produits et de services dont la preuve a été faite à partir de méthodes fondées sur les preuves. Nous espérons qu'on pourra progressivement, dans l'intérêt de nos patients qui sont nos assurés et avec l'argent de l'Assurance Maladie qui est notre argent à tous, avoir une vraie concordance entre ce qui est utile, pertinent et d'intérêt de santé publique et ce que l'on*

*peut rembourser. Je suis d'accord avec vous : il faut faire le ménage. Il faut sortir ce qui n'est pas intéressant en matière de service médical rendu.*

*Le paiement à l'acte ou le paiement forfaitaire doivent être à mon avis considérés sous l'angle de l'incitation à réaliser, une fois qu'on est persuadé qu'il faut aussi accompagner l'appropriation, l'implémentation de nouveaux actes. Il faut effectivement une vraie discussion pour savoir comment nous allons rembourser une stratégie complexe, qui n'est pas un acte isolé mais une prise en charge globale. Il me semble qu'il est intéressant de se poser la question du dispositif global dans lequel nous allons prendre en charge la stratégie et donc rembourser le professionnel de santé et se poser les questions du reste à charge pour l'assuré.*

## **Un intervenant de la salle**

*J'avais cru comprendre que plus on évaluait, plus c'était transparent et plus on diminuait la part politique d'un choix, plus on donnait justement le choix professionnel.*

*Effectivement, il y a toujours une étape politique. Mais cette étape politique doit être normalement de plus en plus tempérée, au fur et à mesure qu'on dispose de données professionnelles importantes. Ce n'était pas le cas jusqu'à maintenant. Est-ce que les futurs choix politiques seront plus transparents au niveau professionnel qu'ils ne l'ont été jusqu'à maintenant ?*

## **Pr. Claudine BLUM BOISGARD**

*Je vous rejoins complètement. Plus nous avons d'actes et d'indicateurs qui décrivent à la fois les pratiques et les résultats, plus le choix politique ne pourra se faire qu'au plus près de ce que les professionnels ont montré. Mais à l'arrivée, à partir du moment où nous sommes sous contrainte financière - vous reconnaîtrez que dans le domaine de l'Assurance Maladie nous le sommes bien - il y a des décisions qui seront politiques. Les décisions politiques ne sont pas que du côté des politiques, avenue de Ségur, elles sont aussi au niveau des représentants des professionnels de santé. Les décisions politiques sont aussi à l'intérieur des syndicats et des représentants des professionnels.*

**Dr. Alain LEBOURHIS**

*Je vous remercie d'avoir compris le sens de mon intervention tout à l'heure.*

*En France, nous avons un problème au niveau de la santé bucco-dentaire. Nous prenons le train en marche à la suite des pays anglo-saxons et nordiques. Ceux-ci ont développé une autre politique avant nous, basée sur la prévention alors que nous traitons le cas. A l'époque, on nous disait qu'il n'y avait pas de budget de prévention. C'était vrai : la Sécurité sociale ne bénéficiait pas de budgets de prévention. Cette dernière était faite par les praticiens de manière implicite, au fauteuil ou de manière bénévole : je l'ai fait pendant une quinzaine d'années dans les écoles pour essayer de faire du dépistage et de l'éducation au niveau des enfants. Mais cela a un terme.*

*A présent, nous ne pouvons plus compter sur les praticiens pour faire du bénévolat. Cette politique de prévention s'est donc mise en marche il y a peu de temps. Par contre, nous avons à gérer deux catégories d'assurés sociaux. D'une part, les assurés sociaux " ancienne génération " dont je fais partie, qui n'ont pas bénéficié de la prévention et à qui on doit donner des réponses, des soins, des remboursements en fonction de ce que j'appelle la politique de la " casse ". C'est-à-dire qu'on répare, n'ayant pas prévenu avant un certain nombre de cas.*

*Nous avons également une nouvelle génération, la génération qui naît actuellement, qui doit être prise en charge dès l'école maternelle de manière éducative, en se faisant assister des enseignants, de conseils médicaux qui peuvent aller de l'étudiant en sixième année au praticien en retraite ou de toutes les bonnes volontés pour participer à ce cycle de formation, d'incitation citoyenne du patrimoine génétique avec lequel on est né. A partir de ce moment, on pourra dégager des moyens suffisants à long terme pour traiter la maladie, traiter la vulnérabilité génétique et en même temps la vulnérabilité socio-économique. Nous pourrions dégager des moyens énormes plutôt que de jeter de l'argent par les fenêtres pour pratiquer la négligence. Quand dans un cabinet, on me dit " ce n'est pas un luxe ", je commence à faire un cours d'éducation civique à mes patients. Je ne suis pas d'accord pour dire que ce n'est pas un luxe que la Sécurité Sociale ne rembourse pas les couronnes. J'essaye de dire que la couronne peut être une question nécessaire mais dans 40 à 50 % des cas, les prothèses dentaires que nous faisons sont dues à la*

*négligence. Ce sont des soins qu'on pourrait mettre dans un autre volet de façon à faire une politique constructive au niveau des soins dentaires.*

*Dans ce domaine, on pourrait impliquer la CCAM. Nous parlions tout à l'heure de la CCAM. Comme le disait le représentant de la Haute Autorité l'autre jour, si on considère qu'un acte rend un service médical valable, on le prend en considération, mais si le patient n'a pas suivi son parcours prévention avant, dans les nouvelles générations, on fait " sauter la banque " comme au casino. C'est vers cela qu'il faut s'orienter si on veut déjouer les contraintes financières. Sans cela nous n'arriverons pas à nous en sortir.*

**Dr. Ariane EID**

*Chirurgien-dentiste, responsable du pôle évaluation à la Mission bucco-dentaire du Conseil général du Val-de-Marne*

*Je travaille sur l'évaluation du programme de prévention. Nous mettons en place, chaque fois que nous avons de nouvelles actions, des sites pilotes pour pouvoir évaluer l'effet de nos actions sur la population. Nous sommes confrontés à un gros problème : ces évaluations coûtent très cher. Je voulais connaître votre avis. Jusqu'où doit-on aller dans l'évaluation sur les populations au niveau d'un département ? Malheureusement, nous n'avons pas de références, ce type d'évaluation n'est pas conduit au niveau national. Nous savons que nous allons dans le bon sens. Nous appliquons des actions que nous pensons positives. Mais l'évaluation a un coût important.*

**Pr. Pierre LOMBRIL**

*La réponse est politique bien évidemment. Il n'y a pas de bonne réponse technique, vous le savez mieux que moi vu les responsabilités que vous avez. Votre intervention permet cependant de souligner plusieurs choses. Votre objectif est d'améliorer les indicateurs de santé. Les indicateurs de santé ne se mesurent pas seulement au cabinet du praticien mais sur une base de population, évidemment avec des gens qui savent faire des examens donc on recourt aux mêmes praticiens mais dans d'autres contextes. Malgré tout, ce que vous savez comme moi, pour gérer ces programmes dans la durée, une grande difficulté que*

*nous avons est de faire le lien entre nos actions et les évolutions de ces indicateurs de santé. C'est peut-être une prudence que nous pouvons rappeler. Il faut essayer de dégonfler la baudruche mécaniste qui laisserait croire qu'on fait ce qui est indiqué à un moment donné et donc dix ans après, les résultats seront au rendez-vous. Dans dix ans, ce qui était une évidence aujourd'hui ne le sera peut-être plus demain en matière de conduite à tenir. Ensuite, il se sera passé tellement d'autres facteurs intercurrents que relier les actions d'aujourd'hui aux résultats de demain a toujours été très compliqué.*

*Evidemment, je ne réponds pas à la question. Vous êtes dans une position de laboratoire. Quelque part, vous vous êtes mise dans l'obligation d'évaluer aussi bien que possible ce que vous faites pour savoir si vous le faites bien et si vous obtenez les effets escomptés, surtout à base de population. Mon hypothèse de travail serait qu'il faut s'appuyer au maximum sur des données de la science qui permettent de nous asseoir avant tout sur des indicateurs de pratique et surtout des indicateurs d'accessibilité aux bonnes pratiques, dans l'espoir que si la science a raison, les résultats seront au rendez-vous.*

**Dr. Elizena BARBOSA-ROGIER,**

*Assistante hospitalo-universitaire - service d'odontologie pédiatrique - U.F.R d'Odontologie - Université de Rennes*

*On parle d'indicateurs et d'évaluation. Je me situe avant l'évaluation. C'est tout simplement l'accès.*

*On sait très bien qu'un enfant porteur de handicap, par exemple un enfant trisomique, a beaucoup plus de chances de développer des pathologies. Ce n'est pas la peine de faire un test génétique pour savoir qu'il a des besoins spécifiques d'une prise en charge précoce. On sait où ils sont. Les dentistes sont à 98 % en libéral. Ils n'ont pas le temps, ni les disponibilités pour s'occuper de patients à besoins spécifiques. Le secteur public est un peu débordé. Le plus triste est de ne pas pouvoir évaluer ces enfants qui sont en attente d'une prise en charge. On sait où ils sont et on sait ce qu'il faut faire mais il manque des moyens. Le plus triste est de ne pas arriver encore à l'étape de l'évaluation. C'est un constat.*

**Pr. Jean-Michel CHABOT**

*Ce que vous dites est quand même un grand encouragement à intégrer le plus possible à notre quotidien d'exercice les quelques recueils de données qui nous permettent de savoir si ce qu'on fait sert ou ne sert pas.*

*C'est à l'évidence avec des politiques de redistribution, en expliquant, en justifiant qu'on pourra couper un certain nombre de choses, en montrant que le service médical rendu est incertain, et mettre en place d'autres prestations. Comme vous le faites remarquer très justement, dans plusieurs cas, les services qui devraient être rendus ne le sont pas, par une distribution relativement inadéquate. Le seul moyen de montrer l'inadéquation de ces distributions est de regarder ce qu'on fait et l'utilité de ce qu'on fait. Vous nous encouragez donc à développer l'évaluation.*

**Pr. Youssef HAÏKEL**

*Ceci dit, dans nos CHU, nous pourrions faire valoir ces activités spécifiques au niveau de nos directeurs généraux. Concernant par exemple, la sphère ORL, quand il y a chirurgie liée à des cancers, il y a des prothèses maxillo-faciales dont le financement n'est pas prévu. Il y a des hôpitaux avec des directeurs qui ont pris la décision de financer ces activités dites spécifiques. A partir du moment où on arrive à localiser ces patients, qui ont des besoins spécifiques, il n'y a pas de raison qu'ils ne soient pas pris en charge dans un cadre hospitalier public et que les financements qui vont avec ne puissent pas être trouvés. Il faut préparer un dossier et l'argumenter.*

**Pr. Pierre LOMBRAIL**

*C'est quand même une vraie question. Pour travailler dans un petit hôpital de province, je sais que les responsables du centre de soins dentaires sont confrontés à un manque de recette, lié à une insuffisance de la tarification.*

*L'autre difficulté qui a été pointée est que ces malades particulièrement vulnérables, nous les retrouvons beaucoup à l'hôpital. Il y a nécessité de réfléchir aux mesures qui feront que les malades rencontreront des praticiens et réciproquement, dans la configuration de la démographie professionnelle que vous avez rappelée.*

## L'EVALUATION EN EDUCATION POUR LA SANTE BUCCO-DENTAIRE : en fait-on, doit-on en faire, peut-on en faire ?

**Dr. Omar BRIXI**

*Médecin et enseignant de Santé publique -  
Conseiller médical auprès des Mutuelles de  
France*

Parler d'évaluation et d'éducation pour la santé, n'est pas évident. C'est comme si l'on additionne les difficultés d'une pratique à celles d'une autre. Nous savons à quel point les entendements sur l'évaluation sont multiples et par moments divergents. Comme nous savons à quel point se cristallisent en ce moment de nombreux malentendus et conceptions à propos de l'éducation pour la santé. Mais parler d'évaluation des pratiques éducatives autour des questions bucco-dentaires est encore moins évident surtout si on est tenté de ne pas en rester aux affirmations faciles.

La santé bucco-dentaire n'est pas suffisamment étudiée, documentée et explorée, à mon niveau certainement, autour de moi, le plus souvent.

Pourtant la santé buccodentaire est une question sanitaire importante et omni présente dans le quotidien des gens. La santé publique " aux mains propres et aux idées généreuses " en fait la lecture la plus sommaire, dans le meilleur des cas épidémiologique, rarement suffisamment reliée aux conditions de vie et aux conditions de sa prise en charge. En somme, la lecture qui fâche le moins.

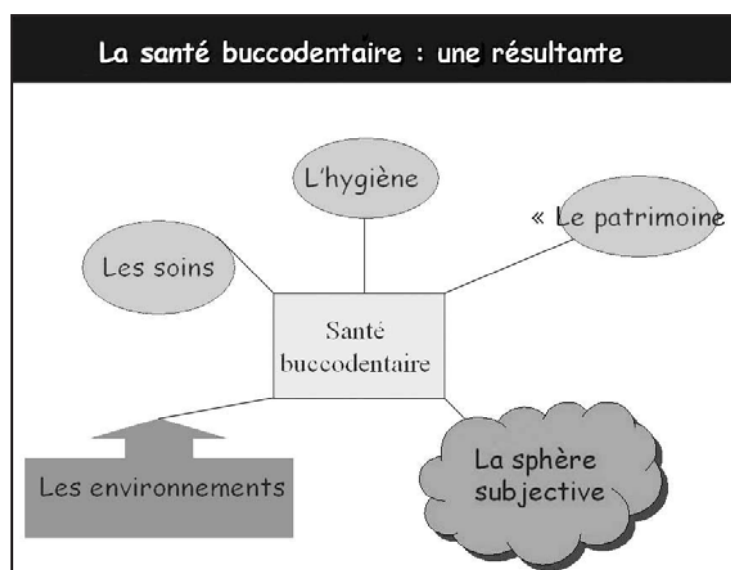


### *Un rappel de précaution*

Permettez moi en préambule de la problématique générale de l'évaluation de rappeler une des précautions que connaissent tous ceux qui ont travaillé en évaluation : l'exigence d'être au clair avec l'objet. Que veut-on évaluer ?

Le choix des méthodes n'ayant de sens que par rapport à l'objet tant la méthodologie la plus appropriée dépend avant tout de la nature des problèmes examinés, du contexte de l'évaluation...

Ce rappel pour nous prémunir contre une tendance préoccupante en évaluation : celle de privilégier le débat méthodologique sur le débat de



fond. L'objet de l'évaluation, ses contextes, la ou les finalités d'abord ; les choix de méthodes les plus appropriées, ensuite.

### ***La santé buccodentaire, une résultante***

L'exploration des déterminants en santé buccodentaire a élargi au fur et à mesure notre compréhension des facteurs et des sphères qui l'influent.

Nous proposons d'examiner et de commenter l'organigramme ci-avant sans s'arrêter à sa présentation figée qui peut laisser croire à une vision quelque peu mécaniste.

### ***Le patrimoine, l'hygiène, deux classiques***

La référence au patrimoine recouvre surtout les influences génétiques, largement évoquées à différentes époques sans compter les vrais et faux débats entre l'hérédité, l'inné, l'acquis, ... Nous ne nous y attarderons pas.

Ce qui par contre fait consensus, c'est l'hygiène : l'hygiène du milieu, de l'eau, l'hygiène buccodentaire, l'hygiène diététique, etc.

C'est aussi au fur et à mesure que la problématique des soins s'est posée. Les professionnels en soins bucco-dentaires ont au fur et à mesure adopté la stratégie des soins précoces comme stratégie préventive, secondaire ou tertiaire.

Le fait est que le monde bucco-dentaire a finalement reconnu que dépister précocement des infections et des affections permettait d'éviter des complications plus grandes. La problématique du soin précoce, du soin approprié, s'est posée en bucco-dentaire aussi fortement qu'ailleurs. Et ce, en dépit du manque d'intérêt de la santé publique et du désintérêt des politiques de santé.

### ***L'environnement, un pôle complexe***

On peut représenter dans un grand pôle les " environnements " pour référer aux conditions socio-économiques et culturelles, au statut socioprofessionnel, à l'accessibilité, à l'offre de soins et de prévention, aux pratiques professionnelles...

Quand on parle d'environnements, il importe de parler de tous les environnements sans occulter la

vie professionnelle, la vie sociale, le cadre physique, etc.

Il va falloir en particulier regarder comment se cumulent les facteurs de protection ou les facteurs de risque, du point de vue de ces composantes regroupées dans le générique " environnements ".

### ***La sphère subjective, de plus en plus incontournable***

Enfin, dans un " nuage insaisissable " la sphère subjective, telle que caricaturée par certains quantitativistes. Sans céder au réductionnisme de certains courants nord américains qui fantasment sur l'individu et l'image de soi, on ne saurait à l'inverse sous estimer la place de la subjectivité dans le vécu et dans la santé bucco-dentaire.

Tenir compte des perceptions, des représentations, des croyances, des appréhensions est tout aussi important que la qualité de la denture ou les soins qui y contribuent.

Nombre de professionnels de la santé buccodentaire savent à quel point la dimension subjective est importante. Sans verser dans les conceptions qui ramènent tout à la psychologie il faut reconnaître que pour prendre soin de ses dents, il importe de s'aimer un tout petit peu, n'être pas enfermé dans la logique de la survie, avoir un lendemain.

Que de praticiens n'ont entendu leurs patients leur rappeler vertement une dure réalité " Il faudrait que je m'aime trois fois plus juste pour être en mesure de lire ou entendre le devis que vous me faites ! "

Comment voulons nous qu'une personne fragilisée par des échecs en série, des exclusions dans plusieurs sphères, puisse se projeter et garder l'estime nécessaire de soi pour faire attention ou s'engager dans des soins longs, coûteux, par moment douloureux ?

La problématique de l'image de soi avec, derrière naturellement celle du statut social, est fondamentale. On ne peut discourir dans l'absolu sur la prévention, la santé, si l'on ne l'incruste pas dans un contexte socioculturel, économique et subjectif.

La plupart des campagnes d'éducation pour la santé évitent difficilement des approches réductrices aboutissant de fait à des effets de culpabilisation et de stigmatisation. Le message qui

consiste à dire aux gens " prenez soin de vous " quand tout était fait pour les accabler et les détourner de leur vie entière, et pas seulement de leurs dents, est de pratique courante dans les campagnes que nous subissons.

Le plus cocasse a été, dans certaines campagnes auxquelles nombre d'entre nous ont participé ou assisté, la proposition de restaurer les dents des gens en recherche d'emploi. Il suffisait de réparer une bouche, une denture pour que le marché de l'emploi s'ouvre miraculeusement sur un poste stable, bien payé, à durée indéterminée.

Dans le Val-de-Marne et en Seine-Saint-Denis il y a deux approches et deux programmes spécifiques, particulièrement réfléchis. Mais quand on regarde de manière générale l'ensemble des pratiques, on a malheureusement une vision beaucoup moins construite que ce que l'on constate dans ces deux départements.

De manière générale, ce qui domine du point de vue de l'éducation pour la santé c'est une focalisation sur l'hygiène et sur les soins précoces. On distribue des brosses à dents, on incite les gens à se brosser les dents, on fait des efforts pour les inciter à faire des diagnostics précoces, des visites de dépistage, des bilans bucco-dentaires. L'Assurance Maladie prend de plus en plus en charge un peu mieux les bilans bucco-dentaires chez les jeunes, beaucoup moins les soins de conservation et de réparation.

L'essentiel des actions d'éducation à la santé dans le bucco-dentaire, selon les évaluations que nous avons effectuées ou consultées à l'époque, étaient focalisées sur l'hygiène bucco dentaire et les soins. Sauf que, plus notre connaissance s'élargit, plus on comprend qu'il n'y a pas que ces deux dimensions qui influent sur la santé bucco-dentaire. Que ce qui est souvent intéressant pour influencer sur une résultante, c'est de comprendre et d'agir sur les interrelations entre différents facteurs.

### ***La question nutritionnelle***

La question nutritionnelle est l'un des facteurs qui me paraît déterminant et que l'on ne prend pas suffisamment en considération.

Et même quand elle est abordée, c'est le plus souvent en termes d'informations et de conseils. Comme si les gens qui ont de mauvais choix alimentaires doivent cela uniquement au fait qu'ils

ne sont pas informés, suffisamment ou correctement !

Quelle naïveté d'approche. Qui plus est, décrétée " scientifique ", alors que de nombreuses études menées avec soin ont montré la complexité des comportements humains et le faible impact de l'information et de la rationalité cognitive.

Et pourtant, la plupart des référentiels, explicites ou implicites, sont construits là-dessus : l'information détermine les comportements, la connaissance est la clef des conduites humaines !

### ***Une occultation révélatrice***

L'éducation pour la santé " dominante " est focalisée sur l'hygiène, sur les soins et pas suffisamment sur les questions environnementales. Dans quelles conditions cette personne vit-elle ? De quelle eau dispose-t-elle ? Peut-elle se brosser les dents ? Mange-t-elle correctement ? Comment achète-t-elle, etc. ? Sans compter la question de l'aspect subjectif, sur laquelle nous ne revenons pas.

Cette conception et ces pratiques obéissent à une approche partielle et partielle.

Elles sont partielles parce qu'elles ne touchent qu'un certain nombre de facteurs, de déterminants. Elles sont partiales parce que ce choix n'est pas fortuit.

La conception et les pratiques de l'évaluation qui s'en suivent se calent sur cette approche. C'est pour cette raison qu'il faut discuter l'objet et non pas s'arrêter aux questions de méthodes, si nécessaires et intéressantes soient-elles.

Les évaluations les plus courantes sont des évaluations de pratiques d'hygiène à l'échelle individuelle ou à l'échelle des groupes organisés. Le milieu scolaire est le milieu privilégié parce que " public captif ".

L'évaluation des pratiques bucco-dentaires est de plus une réalité, avec, ce qui est nouveau, une expérience qui se construit, des référentiels qui sont définis, une culture qui s'installe. A l'instar des autres professions, les professionnels du bucco-dentaire, parmi les plus avertis, se sont mis en route. Le colloque où nous sommes en est une des vitrines les plus éloquentes.

Dans ces pratiques de soins, la place de l'éducation



pour la santé est dans les discours de plus en plus reconnue, voire exhortée. Dans les faits, cette place est contrariée et niée par les logiques en place. Parmi celles-ci, la rémunération à l'acte est une entrave objective à l'évolution des pratiques professionnelles. Dans les centres dentaires mutualistes que je connais un peu, les chirurgiens dentistes, les assistantes dentaires, doivent obéir à la logique de l'acte, parce que c'est l'acte qui fait vivre le centre. Dès que l'on veut initier une autre forme d'activité, séances éducatives individuelles ou collectives ou tout simplement prendre le temps de la relation, se réunir en équipe ou intervenir à l'extérieur, se posent de prosaïques questions. Qui paye l'éducation pour la santé, qui paye la prévention, qui paye le temps que l'on prend avec quelqu'un en situation difficile ?

### ***Malgré ces entraves, une évolution tendancielle***

L'évaluation des pratiques professionnelles entre de plus en plus dans les faits.

Tous ceux qui pratiquent l'évaluation savent que s'ils ne s'emparent pas de cette évolution de fond, la confection des référentiels, des protocoles et des méthodologies se fera en dehors d'eux. Les risques sont plus grands qu'y prévalent en définitive soit des logiques administratives et bureaucratiques soit des logiques lucratives.

Qu'on ne s'étonne pas ensuite d'être enfermé dans des évaluations sanctions ou médico administratives. Là comme ailleurs, il vaut mieux s'emparer des évolutions plutôt que de les subir.

### ***Prendre en compte plusieurs déterminants***

Ne faudrait-il pas en éducation pour la santé une évaluation qui prenne en compte les déterminants liés à l'hygiène, aux soins, dans leurs relations avec les environnements sociaux, économiques, et la sphère subjective ?

On gagnerait, même si ce n'est pas le plus facile, à tenir compte de plusieurs composantes : l'hygiène, le suivi et la qualité des soins, les choix alimentaires et leurs contextes, la qualité de l'eau, l'image de soi, la culture familiale et sociale du rapport aux soins dentaires....

Etat bucco-dentaire, offres, pratiques et demandes mais aussi accessibilité et recours aux soins, sans qu'une dimension ne soit occultée mais éclairée au contraire l'intrication des conséquences et la compréhension des causes dans leurs relations et hiérarchies forcément complexes.

Examiner par exemple, la couverture des soins a un lien avec les recours, l'accessibilité, les pratiques, les habitudes...

Tous ceux qui ont fait des études savent très bien le poids des situations économiques et la manière dont fonctionne le remboursement. Les statistiques que nous avons montrent qu'un tiers des soins est remboursé par l'assurance maladie obligatoire, un tiers par les complémentaires - dont principalement les mutuelles - et un tiers par les ménages. Les dernières mesures qui se profilent visent encore à modifier cette structure dans un sens défavorable aux ménages à bas revenus.

Sans compter qu'on est encore dans la logique du remboursement de la réparation, moins dans la reconstruction et trop peu dans la préservation. Il est vrai que cette dernière est la moins aisée et la plus dépendante d'une politique sociale toute autre. La réforme profilée par Mr YAHIEL ouvrirait la voie à une sérieuse reconsidération des logiques étroites. Ne sommes nous pas en train de payer au fond un prix plus lourd même en termes financiers sans les bénéfices escomptés par cette réforme aussi longuement réfléchie et concertée que rapidement renvoyée aux oubliettes .

### ***S'ouvrir à la dimension subjective.***

Nous ne pourrions pas avancer si nous ne travaillons pas sur la question des représentations, au moins dans le domaine de l'éducation pour la santé. Sur le fond, l'éducation pour la santé travaille pour l'essentiel la nature des représentations. L'homme n'est pas rationnel. L'homme est un être de croyances, d'incohérences, .... La compréhension des méandres de l'humain et donc des modalités de jonctions passe par l'analyse des représentations collectives et individuelles, et par la prise en compte de l'image de soi. Un enfant malmené n'est pas un enfant qui aura envie d'aller chez le dentiste. Sinon, il va souffrir et même faire souffrir le dentiste. Mais si c'est un enfant attentif à lui même, parce que ses

parents ont le temps d'être attentifs à lui, parce que leurs parents, leurs grands-parents l'ont été...

### ***Choisir entre les approches***

Sur le fond, nous ne pouvons pas débattre de l'évaluation sans débattre des différentes approches qui traversent le champ de l'éducation pour la santé.

De ce point de vue, deux approches en éducation pour la santé, s'offrent à nous quand on prend le temps de regarder l'essentiel.

Une éducation pour la santé normative, au sens de " il y a des règles, il y a des normes, il y a des modèles, des référentiels ". Vous en entendez parler tout le temps dans les termes du genre " il ne faut pas fumer " , " il ne faut pas boire " , " il ne faut pas avoir de comportements sexuels erratiques " , " il ne faut pas manger n'importe quoi, n'importe comment " , etc. Le tout évidemment fondé sur l'illusion de " l'homme vertueux " , un homme largement arrosé de culpabilité et donc sérieusement soumis.

Cette illusion d'une éducation pour la santé omnibrotante tente de faire diversion par rapport à une autre façon de penser et de faire, une éducation pour la santé qui porte, celle que l'on négocie avec les gens, avec soi-même, avec ses propres représentations, avec son équipe, avec son institution, que l'on " tricote " avec les conditions du réel.

Il n'y a pas plus d'hommes vertueux que d'hommes coupables ou irresponsables. L'homme réel n'est-il pas plutôt " tortueux " et l'homme vertueux un être illusoire, fantasmé ? Un être réel, capable du meilleur et du pire selon les lieux, les temps, les circonstances...

N'est-on pas en train de comprendre que la seule éducation pour la santé qui fonctionne est celle qui traite de l'homme réel inséré dans les réalités ?

Que l'éducation pour la santé est une proposition et qu'en tant que telle, elle se construit et se négocie avec les personnes concernées, entre les parties impliquées.

Une éducation pour la santé d'émancipation est une construction délibérée. Car que serait la prévention et, dans ce cadre, l'éducation pour la santé si ce n'est un souci de soi d'autant plus légitime qu'il s'inscrit dans un souci de l'autre.

Le souci de soi pour soi n'est pas tenable. Nombriliste, il enferme dans un rapport d'égoïsme insupportable. Inscrit dans un rapport à l'autre, dans un contexte de sécurité sociale solidaire, et non dans un contexte de jungle, ce souci de soi et de l'autre fait sens. Ainsi, l'éducation pour la santé devient-elle un enjeu de socialisation et d'émancipation.

Dans une approche éducative constructive, l'évaluation est une démarche qui prend du sens. Qu'elle soit intégrée, participative, formative, qu'importe ? Ce qui importe, c'est la finalité dans laquelle elle s'inscrit. C'est le sens qu'elle a ou peut prendre pour les protagonistes qui s'en soucient. En l'occurrence, ce qui importe c'est les gens et les professionnels soucieux de leur santé dentaire et plus globalement de leur santé non comme une fin en soi mais comme une composante et un support d'aspirations de vie et de créativité.

L'évaluation en éducation pour la santé bucco-dentaire est une réalité inscrite dans les pratiques professionnelles et dans les évolutions tendanciennes. Les professionnels et de plus en plus de patients en témoignent.

La question n'est pas dans l'interrogation de la nécessité mais fondamentalement dans les choix de conception dans lesquels on s'inscrit.

## ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTE DENTAIRE AU QUEBEC

### Pr. Souad MSEFER

*Département de pédodontie et de prévention  
- Faculté de Médecine dentaire - Casablanca.  
Département de médecine sociale et préventive  
- Faculté de Médecine - Université de Montréal*

Depuis de longues années, au Maroc, j'ai eu à développer des secteurs de prévention et je me suis beaucoup intéressée à la santé publique. Nous étions, il y a trois ans, à la veille d'organiser et de mettre en place l'Assurance Maladie obligatoire. Cela m'a stimulée pour approfondir mes connaissances et m'inscrire à un PHD à la Faculté de Médecine de Montréal. J'ai choisi le Québec parce que son système de santé repose sur le principe de l'Assurance Maladie universelle et gratuite, assurant ainsi l'équité face à l'accessibilité financière de la population.

En arrivant, j'ai été surprise de constater que l'Assurance Maladie est obligatoire, universelle et gratuite pour le système de santé, mais que les soins dentaires en sont exclus. A l'heure où les controverses sont nombreuses sur le financement public du système de santé et où de nombreuses voix s'élèvent pour stigmatiser les modalités de financement public face au déficit budgétaire et aux contraintes économiques, les services de santé dentaire, dont l'organisation et la distribution relèvent du secteur privé, sont eux cités par les défenseurs du financement privé comme un exemple au Québec. Or l'accessibilité aux soins dentaires est limitée à ceux qui peuvent financièrement en assumer les coûts, à certains groupes qui bénéficient d'une couverture étatique et enfin à ceux qui ont une assurance privée, certainement pas les plus nombreux puisqu'ils sont moins de 36 %.

Evidemment, la santé bucco-dentaire s'en ressent et le Québec occupe une position peu flatteuse dans ce domaine : 14 % des Québécois âgés de 35 à 44 ans ont perdu toutes leurs dents naturelles et 58 % de ceux qui ont plus de 65 ans sont dans le même cas. Ce taux d'édentation est encore plus



marqué chez les populations démunies, selon le travail réalisé par BRODEUR en 1995 et en 2000.

L'objet de notre recherche porte sur l'analyse des politiques publiques en santé dentaire. Nous nous intéressons plus particulièrement à l'exclusion des soins dentaires de l'Assurance Maladie universelle et à la mise en œuvre et à la vulnérabilité des programmes de services dentaires sélectifs.

La méthodologie est une recherche qualitative, qui s'étend sur la période 1970 à 1996 et repose sur des entretiens semi-structurés avec les acteurs du champ d'intérêt que sont les décideurs politiques, les fonctionnaires des ministères de la santé, les professionnels et les représentants sociaux. Notre étude se base également sur des sources secondaires et primaires : rapports de commissions, mémoires, législations et publications officielles, ainsi que sur l'analyse de la presse écrite québécoise francophone, qui permet d'évaluer la réaction de la population et nous donne des indications à propos des débats au sein de la société québécoise. Une absence de couverture médiatique indique un faible intérêt de la société québécoise vis-à-vis de la question. Elle s'appuie enfin sur une revue de la presse professionnelle : positions et réactions au niveau des journaux de la profession, que ce soit l'Ordre ou l'Association des dentistes.

Au préalable, il est important de souligner que la santé est de compétence juridictionnelle

provinciale selon la constitution canadienne adoptée par l'acte de l'Amérique du Nord Britannique en 1867.

**Pourquoi y a-t-il eu exclusion des services dentaires de la couverture universelle ?**

Nous avons relevé plusieurs facteurs explicatifs : l'importance donnée à la santé dentaire par rapport à la santé générale ; la pression de la population ; le financement province/fédéral ; la pénurie de dentistes.

Ces facteurs sont appréciés différemment par les décideurs politiques, les fonctionnaires, les dentistes et les représentants sociaux.

L'importance de la santé dentaire est citée par l'ensemble comme très faible, pour ne pas dire inexistante, sauf par les fonctionnaires du ministère de la santé, qui ont, eux, essayé de sensibiliser les décideurs politiques à l'état de santé bucco-dentaire de la population, qui était, à ce moment-là, particulièrement dégradé. En revanche, les fonctionnaires du Conseil du Trésor, qui représentent le ministère des finances, considèrent bien entendu qu'il n'y a aucune

priorité. Ainsi la santé dentaire a une faible importance et ne représente pas une priorité au niveau de la population qui n'a jamais fait de pression pour appuyer une telle couverture.

Le rôle prépondérant des politiciens nous semble donc important à mettre en évidence. Nous savons tous que les politiciens optent pour les décisions qui sont les moins coûteuses pour eux. Or, la couverture des services dentaires a un coût élevé, d'autant plus qu'il n'y a aucune compensation financière fédérale. La province devait donc financer par elle-même les services dentaires. De plus il n'y avait pour les décideurs politiques aucun bénéfice puisque, du fait de l'absence de pression populaire, syndicale et professionnelle, l'enjeu électoral était nul.

La pénurie de dentistes a été relevée uniquement par les décideurs politiques, sachant que ceux que nous avons interrogés étaient les ministres de l'époque, qui nous ont répondu qu'il n'y avait pas suffisamment de dentistes et qu'il n'était donc pas question d'assurer des services dentaires qui ne pouvaient être rendus.

Les dentistes eux-mêmes ont d'ailleurs repris cette explication.

**Tableau 1 :**  
facteurs explicatifs de l'exclusion des services dentaires de la couverture médicale universelle

Acteurs \ Facteurs	Politiques	Fonctionnaires	Dentistes	R. Sociaux
Importance SD/SG	----	++ MS, RAMQ --- CT	--	----
Pression	----	----	----	----
Financement P/F	+++	+++	+++	+++
Pénurie des dentistes	++		++	

Cependant même si la santé bucco-dentaire n'a pas été englobée dans cette Assurance Maladie obligatoire, quelques années plus tard, le gouvernement de la province du Québec a voulu instaurer quelques programmes de santé dentaire : un programme pour les prestataires du revenu et un programme de chirurgie buccale, financés par le fédéral et la province, et un programme pour les enfants financé uniquement par la province. Ce dernier programme a démarré en 1974 en commençant par la tranche d'âge 0-7ans et devait s'étendre d'année en année jusqu'aux enfants de dix-huit ans. Ce régime assurait les services diagnostiques, les radiographies, les services de prévention, de restauration, d'endodontie, ainsi que les soins de chirurgie buccale mineure et majeure. Il a évolué pour arriver, en 1982, à englober les enfants jusqu'à l'âge de quinze ans. Mais on assiste à partir de 1982 à des coupures, à des restrictions budgétaires.

Ainsi, en 1996, seuls les enfants de zéro à neuf ans sont couverts par ce programme. Ils ont droit à un examen par an et aux soins d'odontologie conservatrice. Tous les autres services de prévention, d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire, de traitement au fluor, ne sont plus couverts.

Pour le programme concernant les bénéficiaires du revenu, seuls les services préventifs, d'odontologie conservatrice, de chirurgie et de prothèse acrylique sont couverts. L'endodontie n'est pas couverte. De plus, il faut avoir bénéficié de plus de six mois de cette assistance publique pour pouvoir bénéficier des services dentaires.

A côté de ces programmes de services curatifs, on a essayé de mettre en place une politique de prévention, notamment avec la fluoration de l'eau. Une loi a été adoptée en 1974 pour recommander aux municipalités de fluorer les eaux de consommation moyennant un financement des municipalités. Mais un moratoire est venu la geler en 1978. Aujourd'hui, seuls 16 % de la population au Québec ont accès à l'eau fluorée. En 1990, un programme public de services dentaires préventifs a été mis en place, basé sur l'éducation en hygiène bucco-dentaire et l'application topique de fluorure, et réalisé par des hygiénistes.

Nous avons donc vu que des programmes avaient été mis en œuvre et qu'ils avaient connu une forte coupure tout au long des années.

Quels sont les facteurs explicatifs de cette vulnérabilité des programmes dentaires ?

Ce sont en premier les contraintes budgétaires, qui sont régulièrement citées par les différents acteurs interviewés et particulièrement ceux du Conseil du Trésor, pour lesquels il n'y avait aucune discussion possible. Il fallait absolument couper au niveau des programmes dentaires. Le financement étant uniquement provincial, il y avait encore moins d'argent pour les financer.

D'autres programmes, notamment les programmes d'assurance médicaments, étaient eux fortement appuyés par la population mais aussi par les compagnies pharmaceutiques. Le programme d'assurance médicaments a donc, lui, été mis en place et développé.

Une autre raison également évoquée est l'absence de lobbying des dentistes. En 1970, la profession dentaire était faiblement organisée et ne disposait pas encore d'une association professionnelle forte, capable de défendre ses points de vue. Ce n'est qu'à partir de 1970 que l'ACDQ a vu le jour. L'Ordre des dentistes lui-même n'est devenu un ordre professionnel qu'après l'adoption du Code des professions, en 1970. Auparavant, c'était un Collège des dentistes. Pendant toute la période étudiée, il y a eu des conflits entre l'Ordre et l'Association, chacun voulant avoir des prérogatives pour défendre la santé dentaire et la profession.

Enfin, le désintérêt de la population pour la santé dentaire est manifeste. Nous avons pu le vérifier lors des entretiens effectués auprès des représentants sociaux, en particulier syndicaux, qui nous ont expliqué que, même quand on leur proposait un plan d'assurance privée les adhérents ne s'y intéressaient pas, ne voulaient pas y souscrire. C'est ce qui explique que seuls 36 % de la population disposent d'un plan d'assurance privée et peuvent donc accéder à des services dentaires couverts par l'assurance.

**Tableau 2 : facteurs explicatifs de vulnérabilité**

Acteurs \ Facteurs	Politiques	Fonctionnaires	Dentistes	R. Sociaux
Contraintes budgétaires	++++	++++ CT	++	++
Financement provincial	++	++	+++	+++
Programme concurrent Assurance médicament	++	++	++	+++
Lobbying dentistes	----	----	----	----
Désintérêt population	----	----	----	----

Dans notre discussion, nous avons essayé de comprendre les fondements historiques et les processus d'élaboration des politiques publiques. Nous avons eu recours aux sciences politiques et, en particulier, à la théorie du néo-institutionnalisme historique, qui a été développée par Peter HALL et qui montre le rôle de l'institution et des arrangements institutionnels dans les décisions politiques. Cette théorie a également été utilisée par MAIONI pour l'étude de l'impact du fédéralisme canadien et des arrangements institutionnels dans l'élaboration des politiques sociales de compétence provinciale.

On constate que, si l'Assurance Maladie universelle a été adoptée au Québec, c'est parce qu'elle a d'abord été recommandée et adoptée par le Canada, qui a offert ce financement à frais partagés (50 % / 50 %) pour les services médicaux, qui comprennent l'ensemble des services fournis au niveau des hôpitaux et des médecins.

La santé dentaire, quant à elle s'exerçant en exercice privé, non hospitalier, n'a pas été concernée par le financement à frais partagés. Et, bien entendu, cela n'a pas pu être intégré.

Pourquoi le fédéral a-t-il pris ces positions, ces

mesures sociales qui ne relèvent pas de sa compétence ?

L'idée de souveraineté, d'autonomie et d'indépendance continue d'ailleurs, notamment au Québec, et même aujourd'hui à jouir d'une grande popularité. Le gouvernement du Canada a offert de payer 50 % pour les politiques sociales pour se donner une certaine légitimité et faciliter l'intégration des provinces au sein de la fédération canadienne.

De plus les " arrangements institutionnels " favorisent aussi certaines prises de décisions par les politiciens. Ainsi, le parti au pouvoir à la fin des années 1960, minoritaire a dû pour se maintenir au pouvoir et être en mesure de gouverner recourir au soutien du petit parti néodémocrate qui avait, lui, des positions sociales-démocrates. Ainsi, l'Assurance Maladie universelle a pu être mise en œuvre au Canada et au Québec.

La vulnérabilité s'explique également par cette même théorie, dans la mesure où la province du Québec pour affirmer sa compétence juridictionnelle et développer l'idée de souveraineté a mis en place des programmes sociaux dont les programmes dentaires sélectifs.

Ces programmes, non soumis au fédéral, peuvent être touchés à la moindre occasion, dès qu'il y a un problème économique et que les contraintes budgétaires nécessitent une diminution des dépenses de l'État. Et ce d'autant plus quand il n'y a pas de coalition d'appui pour défendre les programmes en place.

Pour ce qui est de la santé dentaire et des services dentaires, il n'existe pas, justement, de coalition d'appui, ni de la part de la profession dentaire ni de celle des représentants sociaux, pour lesquels la santé dentaire ne représente pas une priorité.

Tant que la santé dentaire n'aura pas pris

suffisamment d'importance au sein de la population, les politiques publiques de santé dentaire resteront fragiles et seront la première cible des compressions budgétaires.

Ce travail est encadré par les professeurs André-Pierre CONTANDRIOPOULOS et Jean-Marc BRODEUR que nous remercions vivement.

Il a été réalisé grâce au soutien du groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) et au programme d'analyse et évaluation des interventions en santé (ANAEIS) et au fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ)

## DEVELOPPEMENT ET EVALUATION D'UN RESEAU DE RECHERCHE IMPLIQUANT DES DENTISTES RELIES PAR INTERNET



### **Pr. Christophe BEDOS**

*Département de Santé Publique - Faculté de Médecine dentaire - Université McGill Montréal*

Je vais présenter un réseau de recherche mis en place en 2002, à Montréal, et qui impliquait des dentistes en pratique privée et des chercheurs. Toutes ces personnes étaient reliées

par Internet. A l'origine de ce projet il y a deux chercheurs, Paul ALLISON, de l'Université McGill, et moi-même. Nous sommes tous les deux chercheurs en santé publique et nous sommes partis de deux constats. En premier lieu, nous manquons de données sur les pratiques professionnelles, nous manquons de données en général sur les techniques. L'approche de la dentisterie basée sur les évidences, les données probantes, a beaucoup de limites, car nous manquons de données : le traitement A est-il meilleur que le traitement B ? Quelle est la durée

de vie de tel matériau d'obturation ? Quelle est la satisfaction des patients dans telle situation clinique ? En second lieu les dentistes étaient plutôt intéressés par la possibilité de participer à des recherches. Il y a quelques années, nous avons fait un sondage auprès des dentistes du Canada, qui montrait qu'un quart d'entre eux étaient plutôt disposés à participer à des recherches, un quart hésitant et la moitié restante opposée. Nous nous sommes donc dit que, potentiellement, la moitié des dentistes seraient intéressés pour participer à des recherches, à des degrés divers.

Nos objectifs à court terme étaient donc de lancer d'abord un projet pilote. Nous avons voulu inviter 10 dentistes montréalais à participer. Nous voulions les relier par le biais de l'Internet, collecter et analyser des données de recherche pendant une année, puis évaluer le fonctionnement et la faisabilité d'un tel réseau. Nous en sommes aujourd'hui à l'évaluation du fonctionnement. La phase suivante consisterait à étendre le réseau à une centaine de dentistes à travers la province, qui est très vaste.

### ***Création du réseau pilote***

Nous avons commencé par prendre l'annuaire dentaire du Québec, en sélectionnant au hasard 100 dentistes. Nous leur avons envoyé une lettre pour les inviter à participer et nous avons tout de suite reçu des réponses favorables. En fait, nous avons recruté 11 personnes. Nous leur avons donné un ordinateur, une connexion Internet pendant une année, nous leur avons apporté une petite formation sur le fonctionnement de l'Internet, des ordinateurs. Certains d'entre eux n'avaient aucune compétence dans ce domaine. Nous avons également créé un site Web à l'Université McGill, qui comportait deux sections : une section " recherches " dans laquelle étaient disponibles les questionnaires, les résultats de nos recherches ; une section " discussions échanges " dans laquelle les dentistes pouvaient poser des questions, faire des commentaires qui s'adressaient à tous, et auxquels chacun était invité à répondre.

### ***Procédure de recherche***

Tout d'abord, il a fallu identifier les thèmes de recherche. Au début, nous avons invité les dentistes à participer à des groupes de discussion en leur posant la question : Qu'aimeriez-vous étudier ? Mais cela n'a pas trop fonctionné. Les dentistes n'avaient pas trop d'idées. Au fond, ce sont les deux chercheurs, Paul ALLISON et moi-même, qui avons choisi les thèmes de recherche et construit des questionnaires, que nous avons ensuite soumis aux dentistes pour approbation. Certains ont fait des commentaires pour que nous changions les thèmes ou que nous les modifiions un peu.

Après approbation, les questionnaires ont été envoyés aux dentistes, qui collectaient les données au fauteuil dentaire, pendant environ deux semaines. Ils transféraient leurs résultats chaque semaine entre le vendredi soir et le mardi matin. La plage de saisie des données avait volontairement été choisie très courte, pour pousser les dentistes et voir si c'était faisable ou pas. Nous analysions les données à McGill et nous renvoyions aux dentistes les résultats des recherches, en les invitant à les commenter et à participer.

En l'espace d'une année, nous avons envoyé 19 questionnaires sur des thèmes très divers. Je dois

d'abord préciser que mon intérêt de recherche est la pauvreté, le phénomène de la pauvreté, de l'accès aux services. Je mène beaucoup de recherches sociologiques, de recherches qualitatives. Là, j'ai complètement changé mes perspectives et oublié mes thèmes favoris. Paul ALLISON s'intéresse quant à lui beaucoup au cancer. Nous avons essayé d'identifier des thèmes qui pouvaient intéresser les praticiens.

Nous avons fait des recherches sur l'évaluation des effets à court terme et à long terme des traitements, l'anesthésie, les couronnes, etc. Nous avons donc eu des suivis de recherche longitudinaux. Pendant une ou deux semaines, les dentistes faisaient un suivi de certains traitements, de certains patients, de certains cas.

Nous avons également eu des questionnaires sur l'organisation et la gestion du cabinet, sur le profil des clientèles, sur le stress au quotidien, l'impact du stress sur la pratique des dentistes, la gestion des rendez-vous.

Enfin nous avons aussi fait des sondages, par exemple à propos du SRAS. A l'époque, c'était la panique, particulièrement au Canada puisque Toronto était un foyer infectieux et a enregistré une trentaine de décès. Les gens n'osaient plus aller chez le dentiste, chez le médecin, à l'hôpital. Du coup, nous avons très rapidement fait un questionnaire sur le SRAS, que nous avons envoyé aux dentistes. Nous leur demandions si les patients leur posaient des questions à propos du SRAS, si les dentistes portaient des masques filtrants, s'ils étaient au courant des directives de l'Ordre des dentistes. Comme sondage nous avons également réalisé des questionnaires sur les relations entre le dentiste et son patient.

Prenons comme exemple de questionnaire celui sur le blanchiment des dents, qui n'est pas véritablement un thème de santé publique mais dont nous pensions qu'il pouvait intéresser les praticiens.

Pour chaque patient auquel le dentiste recommandait un blanchiment, il devait cocher une case. A la fin de la semaine il avait le nombre de patients à qui il avait fait cette recommandation. Il devait alors saisir ce chiffre sur le questionnaire Internet et nous recevions les données par la suite. Il faisait de même pour chaque patient auquel il blanchissait les dents.



## Questionnaire 6

### Vérifier la possibilité de recueillir des informations sur le résultat des traitements (quelques jours après)

Questionnaire utilisé du 27 janvier au 21 février 2003

### **Blanchiment des dents**

**Phase I :**

Items		# Question sur Internet																														
A	Pour chaque patient à qui vous <u>recommandez un blanchiment des dents</u> (pas nécessairement blanchi les dents ou vendu les produits), cochez une case :	1																														
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10																						
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																							
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																							
B	Pour chaque patient à qui <u>vous avez blanchi les dents</u> (i.e. réalisé en cabinet), cochez une case :	2																														
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20										
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10																						
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																							

La deuxième phase était le suivi du patient. Pour chaque patient auquel il avait effectué un blanchiment, le dentiste indiquait le nom, le numéro de téléphone et la date du traitement. Deux semaines après, le dentiste ou son assistante devait rappeler le patient et lui poser des

questions : Depuis votre traitement il y a deux semaines, avez-vous ressenti une douleur à la dent traitée ? Etes-vous satisfait des résultats ? Il indiquait alors sur le questionnaire la réponse oui ou non.

**Phase II :**

### Suivi des patients

Aux patients à qui vous avez blanchi les dents, veuillez poser ces deux questions 2 semaines après le traitement :

- 1. Depuis votre traitement de blanchiment il y a deux semaines, avez vous ressenti de la douleur à la dent traitée?**
- 2. Êtes-vous satisfait des résultats du traitement?**

Nom du patient	Numéro de téléphone	Date du traitement	Date du suivi*	Impossible à rejoindre	Douleur (O/N)	Satisfait (O/N)

Par la suite, nous avons envoyé aux dentistes des commentaires du type : " 21 patients ont eu un traitement de blanchiment, 21 patients ont été rejoints, donc 100 % de succès ". Ou encore : " 71 % d'entre eux n'ont pas ressenti de douleur, 81 % étaient satisfaits des résultats obtenus ".

Nous avons pensé que ce genre de données encourageait les dentistes à participer à la collecte et que leur interprétation pouvait ensuite leur être utile dans leur pratique quotidienne. Il est peut-être intéressant d'informer les patients avant un traitement, que les gens ressentent des douleurs, ou ont une sensibilité, dans 29 % des cas, ou encore qu'en général les patients sont contents après un blanchiment des dents. Cela part du principe d'essayer de mieux informer les patients.

### Evaluation

L'évaluation porte sur trois thèmes : la recherche et le transfert de connaissances, la technologie et les ressources humaines, les personnes qui ont participé au réseau.

En termes de recherche, nous avons effectué 19 études qui ont très bien fonctionné. Nous avons utilisé des devis transversaux, longitudinaux, et les dentistes ont participé de manière très satisfaisante. Seuls 3 % des questionnaires n'ont pas été complétés, en général à cause des périodes de vacances. Et les résultats étaient valides. Notre assistante de recherche a passé une semaine dans les cabinets dentaires à effectuer une collecte de données parallèles pour vérifier que les résultats coïncidaient.

Sur le plan technologique, nous avons beaucoup de retard. Nous ne sommes que des chercheurs en santé publique et nous n'avons aucune compétence particulière. Nous avons utilisé Internet, qui fonctionne très bien, mais également des questionnaires papiers, qui n'étaient pas, au fond, très pratiques. Il y a maintenant plein d'outils extraordinaires qui transmettent les données via Internet. On pourrait donc utiliser et exploiter ce potentiel à l'avenir.

En termes de ressources humaines, les dentistes ont trouvé leur participation peu contraignante, même s'ils passaient environ une demi-heure à une

heure par semaine sur ce projet. Ils ont jugé les résultats utiles, même si nous avons été un peu déçus sur ce point : nous pensions qu'ils utiliseraient davantage les résultats. Le point le plus important pour eux était la possibilité de se décroiser, d'échanger, de comparer leurs résultats avec ceux de leurs collègues. C'est un point intéressant. Les chercheurs étaient également satisfaits, puisque nous pensons que les données sont publiables. Il y a peu d'équivalent, dans la littérature, sur les thèmes que nous avons traités. Le problème est la taille de l'échantillon, trop faible. 11 dentistes, ce n'est pas beaucoup. Deux semaines de collection de données, ce n'est pas beaucoup non plus. Mais ce n'était pas non plus le but. Le problème était également que le projet était condensé en termes de temps. Nous n'étions que deux pour réaliser 19 questionnaires en une année, sur des sujets qui ne nous étaient pas familiers. Cela a donc représenté beaucoup de travail.

En conclusion, le réseau est un succès mais il faudra à l'avenir, si l'on veut l'étendre :

- mieux exploiter les techniques, les ressources technologiques,
- obtenir une masse critique de chercheurs pour répartir les tâches, afin que chaque chercheur puisse élaborer un questionnaire sur le thème qu'il connaît bien,
- obtenir une masse critique de dentistes. Les dentistes ont peu échangé sur le site Web, sur la zone de discussion. Ils étaient intéressés mais 11 personnes, c'est peu. Pour qu'un débat s'instaure, il faut beaucoup de monde,
- former les dentistes à la recherche. S'ils étaient davantage sensibilisés à la recherche, il est probable qu'ils auraient suggéré des thèmes de recherche.

Le problème majeur reste néanmoins celui du financement.

## DEBAT

### Dr. Michel SIXOU

*Une question à Christophe BEDOS à propos de l'argent de la recherche. Est-ce qu'il pense vraiment que l'argent est un problème dans la recherche, ou est-ce plutôt le sujet qui est un problème ?*

*L'idée qui est derrière est la suivante : Quand il n'y a pas d'argent pour la recherche, n'est-ce pas plutôt parce que la question n'est pas pertinente, ou pas sociétale, qu'elle n'a pas d'intérêt ou qu'elle n'intéresse pas les financeurs ? Ne faut-il pas retourner le problème, chercher des sujets qui seront financés parce qu'ils vont intéresser la société ? Si l'on n'est pas financé, n'est-ce pas justement parce que la question n'est pas opportune au moment où on la pose ?*

### Pr. Christophe BEDOS

*Je crois que vous avez donné la réponse en posant la question. C'est de cette manière que fonctionne la recherche en Amérique du Nord. Nous soumettons nos projets de recherche à des agences et, en fonction des priorités, de la qualité des projets, les recherches sont ou non financées. Il y a donc une question de priorité, de pertinence des recherches. Mais cette recherche de financement demande beaucoup de travail. Cela me prend quasiment un tiers de mon temps.*

### Dr. Michel SIXOU

*Mais c'est plus un problème à votre niveau. L'étude pilote est magnifique, mais, à un moment donné, vous avez dit qu'il faut des chercheurs. Donc ce n'est plus un problème de financement de la recherche mais de masse critique de chercheurs pour mener à terme votre recherche. C'est tout de même un frein.*

### Pr. Christophe BEDOS

*On peut la trouver. Mais, par exemple, nous avons dans ce cas précis un budget de 75 000 \$, soit environ 50 000 €. Nous avons une personne à temps plein. Nous avons acheté des ordinateurs, des connexions Internet. Aux Etats-Unis, un projet de ce type va naître bientôt dans l'Etat de New York et le budget est de 75 M \$. Je crains que nous ne soyons pas capables de rivaliser sur ce plan.*

### Pr. Nadine FOREST

*En fait, vous dites qu'il faut chercher de l'argent. Mais je crois que c'est justement l'évaluation, cette recherche d'argent. Le problème qui se pose est celui des décideurs et des évaluateurs. Qui sont-ils et leur évaluation est-elle pertinente ? C'est pour cela que le problème se pose en France, au niveau de la recherche, nous en parlions tout à l'heure. Il faut que l'évaluation soit très ouverte et qu'elle ne soit pas localisée au niveau d'un pays. Si le pays est restreint, on le sait bien, on tombe toujours sur les mêmes, avec des intérêts particuliers, ce qui est humain et normal. Il faut donc une grande ouverture de l'évaluation.*

### Pr. Christophe BEDOS

*En Amérique du Nord ce sont les pairs qui évaluent les projets de recherche. Chaque chercheur évalue donc le (ou les) projet(s) des collègues. Il est certain que des priorités sont émises au niveau gouvernemental, mais chaque personne qui évalue respecte un code d'éthique, par exemple pour éviter les conflits d'intérêt. Le processus est donc très transparent. Les évaluateurs se réunissent au sein des Comités et échangent.*

### Dr. Hervé MOIZAN,

*Praticien hospitalier - Service d'Odontologie - CHR de Metz-Thionville*

*J'ai une question à poser au professeur BEDOS. Vous savez qu'en France, la recherche clinique est extrêmement encadrée. Je voulais savoir si, dans votre projet, vous avez rencontré des obstacles par rapport aux Comités d'éthique de la recherche au Québec, qui sont assez virulents, ou si au contraire ils vous ont facilité le travail.*

### Pr. Christophe BEDOS

*Effectivement, nous avons fait une demande et sommes passés par les Comités d'éthique, qui nous ont donné l'autorisation. Cela dit, c'est assez complexe, surtout si*

*l'on demande aux patients de participer, de compléter des questionnaires. C'est un sujet épineux. Mais cela s'est bien passé pour le projet pilote, nous n'avons pas eu trop de problèmes.*

**Dr. Olivier HAMEL,**

Assistant hospitalo-universitaire - Département de Santé publique - U.F.R d'Odontologie - Université de Toulouse

*J'ai observé avec une grande satisfaction l'apparition de la psychologie médicale dans les interventions en début de séance, car c'est un peu l'un de mes " dadas ". Je crois qu'effectivement, comme Michel SIXOU l'a expliqué pour l'éthique, nous essayons à Toulouse d'impliquer nos étudiants très tôt sur ces questions de sciences humaines et sociales. Sur la psychologie médicale, nous essayons, comme l'arrêté de 1994 le prévoit en France, d'appliquer un programme. Effectivement, on ne peut pas motiver des étudiants, qui seront de futurs chercheurs ou de futurs acteurs de soins ou de prévention, sans les sensibiliser à ces questions. Je serais très intéressé de savoir ce qu'il en est au point de vue du Corpus en psychologie médicale. Que se passe-t-il au Québec sur ces questions-là ? Nous avons ici l'impression que vous êtes très en avance sur nous.*

**Pr. Christophe BEDOS**

*Je ne suis pas certain que nous soyons trop en avance au Québec. Personnellement, j'ai le sentiment de partir de zéro. Nous créons les cours. Je travaille sur de nouveaux cours pour mes étudiants : comment faire pour les encourager à lire la littérature scientifique, à avoir une approche basée sur des données probantes ? Ce n'est pas facile. Il y a quelques années, nous avons essayé de leur donner des cas particuliers en leur demandant de chercher dans la littérature. Puis nous nous sommes rendu compte que les données probantes étaient rares. Donc quand on suit le processus de COCHRANE et que les étudiants arrivent, il n'y a rien. Ce que nous faisons, c'est que nous leur demandons d'analyser des articles scientifiques, de connaître les statistiques, les choses de base. Et nous essayons naturellement de prendre ce virage vers les données probantes. Mais ce n'est pas facile.*

**Dr. Benoît VARENNE,**

UR178, Conditions et Territoires d'Emergence des Maladies - Institut de Recherche pour le Développement - Ouagadougou - Burkina Faso

*Ma question s'adresse au professeur Souad MSEFER. A travers l'expérience qu'elle a acquise sur le modèle québécois, je voulais savoir en quoi elle sera en mesure de faire des propositions pour le Maroc et la société marocaine.*

**Pr. Souad MSEFER**

*D'abord je pense qu'il est extrêmement intéressant de voir. Souvent, on part avec des idées préconçues sur les systèmes de santé qui existent à travers le monde, mais également sur la façon de choisir, et nous avons tout à l'heure évoqué l'analyse des décisions politiques, l'élaboration des processus politiques, le rôle de chacun des acteurs : est-ce la profession, sont-ce les politiques ou encore la pression sociale et populaire qui sont les plus importants ?*

*A partir des éléments que j'ai pu étudier au Québec, je me rends bien compte que le rôle prépondérant appartient aux politiques. La faille, si l'on peut dire, que j'ai également notée au Québec et qui explique cette fragilité, cette vulnérabilité des programmes, c'est l'absence de lobbying des dentistes, l'absence d'implication politique des dentistes, qui ne sont finalement absolument pas présents dans les rouages politiques. Jusqu'à présent, on compte uniquement deux élus dentistes au Québec, et ce depuis quelques années seulement, dont un ministre, mais qui est loin de pouvoir prendre des décisions concernant la santé dentaire, puisqu'il est ministre de la faune.*

*Quels sont les éléments que je prends alors en compte pour le Maroc ? Et bien, justement, la nécessité de sensibiliser mes confrères et les étudiants de notre faculté à l'importance de s'impliquer politiquement. Rien de concret ne sera réalisé au Maroc si les dentistes ne s'impliquent pas, que ce soit à travers leurs organismes professionnels - et là, nous sommes très loin en arrière, puisqu'il n'existe pas encore d'Ordre des dentistes et que c'est quelque chose d'important à mettre en place - mais également au niveau des partis politiques, des instances représentatives, des parlements, etc. Il faut essayer de faire réellement du lobbying. C'est ainsi que l'on réussira à mettre en place des politiques qui répondront aux besoins de la population marocaine et qui nous permettront d'avancer au niveau de la santé dentaire.*

# EVALUATION : LES PRATIQUES

## HYGIENISTE DENTAIRE, UNE PROFESSION DE COLLABORATION PRINCIPALEMENT VOUEE A LA PREVENTION ET A L'EDUCATION



**Johanne COTE**

*Présidente de l'Ordre des Hygiénistes dentaires du Québec*

Je suis hygiéniste dentaire depuis plus de vingt-sept ans, et Présidente de l'Ordre des Hygiénistes dentaires du Québec depuis huit ans.

Ma présentation sera brève et se déroulera en deux volets. Dans un premier temps je voudrais expliquer en quoi consiste ma profession au Québec, comment elle s'exécute, et ensuite dire également quelques mots de l'évaluation, puisque nous faisons également des évaluations dans notre pratique.

La profession d'hygiéniste dentaire existe au Québec depuis 1975. Elle est insérée dans le Code des professions. C'est donc une profession reconnue et réglementée. Au début, nous étions 32. Aujourd'hui, nous sommes plus de 4 000. Le ratio dentiste/hygiéniste au Québec est quasiment de un pour un, car on compte 4 200 dentistes pour 4 050 hygiénistes dentaires. Notre formation est très importante. C'est une formation de trois ans post-secondaire. Nous avons huit écoles au Québec qui la délivrent, et qui sont capables de former chaque année une moyenne de 250 hygiénistes dentaires. A l'heure actuelle, comme dans beaucoup d'endroits, nous sommes au Québec en manque d'hygiénistes dentaires et nous constatons une pénurie. Il faut donc informer car la demande est très forte.

La majorité des hygiénistes dentaires du Québec, soit 85 %, travaillent dans des cabinets dentaires privés, donc en collaboration étroite avec les

dentistes. Les hygiénistes dentaires qui travaillent en cabinets dentaires privés exécutent entre autres la prise de radiographies dentaires, le détartrage et tout ce qui touche à la prévention et l'éducation : prophylaxie, application de scellements de fissures, applications topiques de fluor. Les départements d'hygiène dans les cabinets dentaires privés au Québec sont donc majoritairement composés d'hygiénistes dentaires. C'est la force de notre profession, c'est la force de notre formation. En plus de recevoir une formation sur tout ce qui touche à l'hygiène dentaire, nous recevons également des formations sur la communication, la psychologie, la nutrition, la santé communautaire.

Nous comptons également des hygiénistes dentaires qui travaillent en santé communautaire, soit environ 350 au Québec. Les hygiénistes dentaires qui travaillent en santé dentaire publique sont sous la supervision de trente dentistes conseils. Les dentistes conseils veillent à l'application d'un programme national édité par le gouvernement, par le ministère de la santé, et les hygiénistes dentaires s'assurent de pouvoir l'appliquer. Elles travaillent majoritairement auprès des enfants d'âge primaire, elles sont très présentes dans les garderies, les centres de la petite enfance, dans les écoles primaires. Suite à une évaluation elles peuvent appliquer des agents fluorés quand elles repèrent des enfants à risque, selon des critères établis par le ministère.

Cette profession existe dans plus de dix-neuf pays au monde. Nous sommes donc beaucoup d'hygiénistes dentaires dans le monde. C'est une profession qui est appréciée. Il semble que la situation en France ressemble un peu à la notre au départ, il y a trente ans, les dentistes étaient débordés par tout le côté curatif car, dans leur formation, l'importance est principalement

donnée au diagnostic, au dépistage et au curatif. Pour les hygiénistes dentaires, la principale préoccupation est celle de la prévention. J'ai entendu que les dentistes, en France, manquaient de plages horaires pour s'occuper de la prévention. C'était aussi le cas au Québec il y a trente ans.

Notre profession n'est donc pas en concurrence avec les dentistes, ni au Québec ni dans les autres pays. Nous travaillons véritablement en collaboration avec eux. Nous ne disposons pas de cabinets avec pignon sur rue, mais sommes intégrées à des cliniques dentaires auprès des dentistes, selon notre réglementation qui veut que nous travaillions sous la supervision d'un dentiste.

Au niveau de l'évaluation, il est également important pour nous de mesurer la manière dont notre profession est appréciée et d'ajuster nos pratiques en conséquence. En effet chacun doit revenir, de temps en temps, "à la case départ", et se demander s'il fait son travail adéquatement, si la population est bien desservie, si elle est satisfaite des prestations, aussi si elle connaît bien la profession.

Nous avons pour notre part effectué deux sondages. Le premier sondage a été mené, en 2001, auprès de personnes âgées autonomes résidant dans des centres d'hébergement. Par le biais des hygiénistes dentaires des seize régions administratives du Québec, nous avons envoyé des questionnaires aux personnes âgées. Nous en avons recueillis plus de 1 200. Une des préoccupations était les conditions de santé bucco-dentaire de cette clientèle. Plus de 17 % des personnes qui ont répondu avouaient souffrir de douleurs aux gencives. 29 % d'entre elles déclaraient également rencontrer beaucoup de difficultés à mastiquer. Or, nous savons très bien que si la mastication n'est pas correcte, la santé générale s'en ressent. 75 % des personnes qui ont été interrogées en centre d'hébergement voulaient recevoir une hygiéniste dentaire pour des soins et des conseils de prévention. Parmi ces 75 %, 48 % auraient souhaité la recevoir une fois par an, et 18 % plus d'une fois par an. Enfin, 57 % des personnes âgées ayant répondu connaissaient l'importance du lien entre la santé générale et la santé bucco-dentaire.

Le deuxième sondage que nous avons effectué est plus récent, puisqu'il remonte à octobre 2004.

Nous avons effectué un sondage téléphonique par le biais d'une firme spécialisée, auprès du grand public. Nous avons donc atteint tous les groupes d'âge. Dans ce sondage, plus de 68 % de la population mentionnait avoir eu un nettoyage de dents il y a au moins un an. Et ce alors que les soins d'hygiène dentaire au Québec ne sont pas pris en charge par le ministère de la santé ni les services sociaux. Les gens doivent payer. Nous nous sommes également informés de la satisfaction quant au travail effectué par l'hygiéniste dentaire lors du nettoyage. Nous avions posé la même question lors d'un sondage en 1998 et 90 % des personnes interrogées s'étaient déclarées satisfaites. En 2004, le taux de satisfaction a augmenté : 95 % de la population sondée s'est dite satisfaite et très satisfaite des soins reçus lors du nettoyage effectué par une hygiéniste dentaire. Nous avons également demandé quel était le niveau de confiance dans le travail des hygiénistes dentaires. Le taux de confiance est très fort, à hauteur de 93 %, quand il s'agit d'effectuer nettoyage, détartrage, prophylaxie. Le taux de confiance est de 65 % au niveau de la prévention et de 54 % au niveau de la radiographie. Enfin, 90 % de la population apprécient la manière dont les hygiénistes dentaires sensibilisent à l'importance de la santé bucco-dentaire.

Nous intervenons largement et à plusieurs niveaux, autant auprès des enfants que des personnes âgées, des adolescents, c'est vraiment notre force. L'hygiéniste dentaire est vraiment là pour la prévention, l'éducation, et avec ces chiffres, on mesure qu'au Québec, cette profession est reconnue et appréciée. Maintenant cela semble simple, mais, il y a trente ans, cela ne l'était pas. Nous avons nous aussi des assistantes qui n'étaient pas tout à fait formées, qui faisaient cela sans être encadrées. Nous nous sommes "retroussé les manches" et assis tous ensemble, pour réussir à trouver un terrain d'entente. C'est une belle harmonie et cela fonctionne bien. Il reste des choses à changer, à modifier, à améliorer, mais j'ai pu mesurer, en écoutant les débats en France, tout le chemin que nous avons parcouru. Je souhaite aux professionnels de la santé bucco-dentaire français d'y parvenir à leur tour, car l'hygiéniste est un bel allié et un professionnel très précieux au plan de la communauté.

## LE PROJET D'INDICATEURS DE SANTE ORALE DE L'UNION EUROPEENNE : reflète t-il des développements dans l'union européenne ?

**Dr Paul BATCHELOR**

*Maitre de conférences - Département  
d'Epidémiologie et de Santé publique - Faculté  
de Médecine - University college London*

Si certains d'entre vous, au regard du titre que j'ai choisi, peuvent se demander ce que recouvrira exactement cette communication j'espère qu'à la fin de la présentation tout deviendra évident. En particulier, si il y a un simple message sur lequel je voudrais mettre l'accent, il serait que bien que les objectifs les plus formels assignés au projet d'indicateurs de santé orale européen pourraient être remis en question sur différents plans celui-ci a généré plusieurs avantages moins identifiés. Entre autres, ce qui n'est pas le plus négligeable, le projet a donné jour à un large réseau d'individus venant de différents pays et présentant, ce qui est important, des expériences et compétences variées et de plus il a aidé à assurer le maintien du dentaire dans l'agenda européen.

Je voudrais également souligner les efforts remarquables de Denis BOURGEOIS qui a réuni le groupe et sans qui il n'y aurait pas eu de projet. Denis avec son style inimitable a conduit le projet à terme, en respectant le calendrier et le budget : un élément que ceux qui travaillent à Bruxelles pourraient peut-être prendre en considération.

Depuis ma dernière présentation nombre de changements majeurs sont survenus dans la politique européenne. Au delà de l'augmentation du nombre d'états membres, le plus important a été la non ratification par certains pays de la constitution européenne. A la suite des résultats des référendums en France et aux Pays-Bas plusieurs autres pays ont suspendu les référendums prévus. Cette absence de ratification limite l'autorité de l'Union européenne dans les domaines des taxes, de l'emploi, du social et de la santé, les pouvoirs de décision restant dans les mains des états membres. Dans ces secteurs la commission européenne peut seulement encourager des coopérations entre les états.



Ma présentation comportera trois parties. La première portera sur la méthodologie et les résultats du projet d'indicateurs de santé orale européen. En second lieu je livrerai mon propre jugement sur le projet et les orientations choisies. Bien que plusieurs bénéfiques en ont résulté, en particulier la collaboration mentionnée précédemment, il y a aussi des imperfections. Ces défauts sont, je pense, partagés par nombre de grande structure politique dont la commission européenne. L'un d'entre eux, fondamental, a été mis en lumière dans une critique du livre intitulé "*l'après guerre : une histoire de l'Europe depuis 1945*" écrit par Tony JUDT. John GRAY, qui enseigne la pensée européenne à la London School of Economics dans cette critique faisait le commentaire suivant : la tentative de faire évoluer le continent européen vers une sorte d'état fédéral a créé les conditions d'une semi-paralysie des institutions européennes et presque un divorce entre les populations européenne et leurs élites. La question actuelle n'est pas de savoir où va l'Europe mais combien de temps elle peut tenir dans sa forme présente.

La forme que prendra l'Europe dans le futur est floue et une des raisons majeures de cette incertitude est l'incapacité des politiques à établir un échange et un lien profonds avec les populations qu'ils représentent. Tout simplement essayer de définir un ensemble d'indicateurs est un

pas en avant, mais, comme pour l'idée de l'Union Européenne, à condition que les populations qui sont censées bénéficier de cette procédure, partagent la vision de ceux qui la développent.

Le projet d'indicateurs de santé orale européen est un élément du programme de surveillance des états de santé de la commission européenne dont les principaux objectifs sont de : mesurer les évolutions à l'intérieur de la communauté européenne ; évaluer les actions et les programmes en population ; fournir aux états membres une information sanitaire pertinente permettant de faire des comparaisons internationales et de donner des supports à leurs politiques nationales de santé.

L'obtention de ce projet a été due à la mise en œuvre de projets précédents de collaboration européenne incluant des projets de santé orale dans le cadre de DG 12 et DG 13, par exemple le programme Biomed, et à l'existence de pratiques de travail en collaboration à travers par exemple l'OMS.

Les partenaires comprenaient des universitaires, des responsables de santé publique dentaire et des membres de grandes organisations spécialisées comme l'association européenne de santé publique dentaire. La première rencontre du groupe de projet s'est tenue à Lyon en septembre 2003. Lors de celle-ci la procédure d'identification d'un ensemble d'indicateurs indispensables en santé orale a été définie. Cette procédure est bien plus complexe qu'il n'apparaît au premier abord. Avec un tel éventail de personnes, chacune amenant ses propres préférences intellectuelles, un grand sens de la diplomatie est requis : chose que Denis BOURGEOIS peut être fier d'avoir atteint.

Les principes premiers guidant le développement ont été :

- Exhaustivité : tous les aspects du champ doivent être couverts ;
- Répondre aux besoins de l'utilisateur : couvrir les principales priorités de la commission et des états membres ;

- Etre innovant : ne pas simplement être un recueil de données courantes, mais également indiquer les besoins en développement ;
- Utiliser les travaux existants : Les efforts des institutions internationales, avec comme principaux fournisseurs Eurostat et d'autres services de la commission, mais aussi l'OCDE et l'OMS Europe, dans la définition d'indicateurs et de variables standards ont été mis en avant autant que possible ;
- Utiliser les résultats des programmes de santé publique et des programmes de surveillance des états de santé : Les résultats des études devraient être inclus dans les données quand c'est approprié.

A la suite de la réunion de Lyon d'autres rencontres se sont succédées à Grenade, Nice et Paris. A chaque réunion, mais également durant les périodes de préparation les séparant, un travail considérable a été fourni pour permettre au projet d'avancer. Le travail a progressé à travers les idées initiales jusqu'à la formulation d'une longue liste d'indicateurs regroupés en quatre catégories principales. Les quatre larges catégories étaient : l'état de santé, la morbidité, la fonction orale ; les déterminants de la santé orale ; la structure du système de santé bucco-dentaire ; les conséquences incluant la qualité de vie. Plus de 600 données différentes ont été listées à la suite de la deuxième réunion à Grenade.

Pour la troisième rencontre, à Nice, il avait été demandé aux membres du groupe de ramener le nombre d'indicateurs à 40. La méthodologie utilisée a été, au moins pour moi, avec un certain fondement statistique, inhabituelle. Elle a mis en œuvre une série d'exercices de classement par rang, en pondérant chaque indicateur pour attribuer un score global et en analysant la confusion entre les indicateurs. Je ne suis pas sûr qu'une autre méthodologie aurait donné des résultats différents mais, à mes yeux, le primordial a été l'honnêteté et l'équité du processus. Si un des membres avait eu le sentiment, pour quelque motif que ce soit, que son point de vue était exclu du fait d'un processus inique, je pense que des problèmes seraient survenus.



Il faut aussi souligner que plusieurs indicateurs avaient déjà été identifiés par d'autres groupes travaillant pour le programme d'indicateurs de santé, comme la mixité ethnique de la population ou la structure socioéconomique. Ceux-ci ont été retirés du rapport final bien que leur importance dans les indicateurs principaux orientant le groupe fût reconnue.

Pour chacune des quatre catégories une série d'indicateurs de rang inférieur a été développée. Pour le premier groupe 12 indicateurs ont été identifiés, indicateurs pour contrôler la santé bucco-dentaire des enfants et des adolescents, indicateurs allant de la proportion d'enfants qui se brossent quotidiennement les dents avec un dentifrice fluoré à la couverture des traitements orthodontiques. Le second groupe a 18 indicateurs, tels que la consommation quotidienne d'aliments et de boissons, la consommation de tabac et le contact dentaire dans les 12 derniers mois. Le troisième groupe, sensiblement le plus large, contient 5 indicateurs pour évaluer les coûts de couverture du système de santé bucco-dentaire, le niveau de satisfaction de la qualité des soins reçus et le niveau de satisfaction de la rémunération fournie. La dernière section comprend 5 indicateurs pour évaluer la qualité de vie en santé bucco-dentaire, par exemple la douleur physique liée à l'état de santé bucco-dentaire, les incapacités psychologiques dues à l'apparence des dents.

Chaque indicateur est détaillé dans un format standardisé de 9 sections dont : son titre, sa raison, sa définition, la définition de tous les termes importants utilisés, les sources où chacun peut trouver les données nécessaires, les méthodes de recueil de données recommandées, l'utilisation des formats de présentation recommandés et les références utiles.

En conclusion je ferai quelques commentaires sur le projet.

Il y a un grand éventail d'états membres dans l'Union Européenne et la santé est un concept très marqué culturellement. La question clé à se poser, comme suggérée par Gray dans mes remarques préliminaires, est quelle sera la nature future de l'Union Européenne ?

Il existe déjà l'OMS qui a développé des méthodologies standardisées de recueil de données sur les niveaux cliniques des pathologies, le personnel, la consommation, voir même les coûts. Cependant tous les pays ne les utilisent pas. En Grande Bretagne, il y a 5 ans, nous avons suivi une méthodologie unique de collecte des données sur la carie chez les enfants sur l'ensemble du territoire. Récemment la méthode a été abandonnée en Irlande du Nord, modifiée au Pays de Galles et en Angleterre vers une forme très différente, ce qui rend toute comparaison longitudinale difficile, alors que cette procédure de recueil de données était renforcée en Ecosse. Pourquoi ? Peut-être que la raison principale en est que, sans une volonté politique, aucune équipe de spécialistes, même brillante, ne peut forcer les gens à recueillir les données.

Nous pouvons nous demander pourquoi 40 indicateurs et pas 45 ou 20. La réponse semble être que c'était le vœu de l'Union Européenne. A mon avis ceci constitue une erreur. A moins que la population de chaque état membre ne se sente impliquée et partie prenante dans le processus je ne pense pas que le modèle européen envisagé par Bruxelles marchera. Ce n'est pas un processus du haut vers le bas. Très peu d'états membres seront en mesure de fournir les données demandées pour tous les indicateurs et peut-être qu'ils ne pourront jamais le faire. La question que l'on doit toujours se poser en premier est d'où viennent les ennuis ? La collecte des données a un coût. A moins que les avantages l'emportent sur les coûts, cela ne se fera pas et quels seront alors les bénéfices ?

Il se pourrait que des projets spécifiques destinés à comparer les coûts des soins bucco-dentaires ou à établir les variations des habitudes de brossage donnent corps à des données à même de susciter la volonté politique nécessaire au changement bien plus que la présentation routinière de figures annuelles à une banque de données à Bruxelles. Et c'est le réel bénéfice que le projet d'indicateurs de santé bucco-dentaire a apporté, en amenant les gens à travailler ensemble sur des projets de collaboration, ce qui est à mon sens de loin plus productif, plutôt qu'en développant une nouvelle série d'indicateurs.

## MISE EN PLACE DE L'OBSERVATION DE L'ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DANS LES CENTRES D'EXAMENS DE SANTE

### Caroline DUPRE

*Statisticienne, Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé (Cetaf), Saint-Etienne*

Les Centres d'examens de santé et leurs antennes, au nombre de 110 géographiquement répartis en France métropolitaine et Guadeloupe, réalisent chaque année environ 600 000 examens périodiques de santé. Ces examens sont ouverts aux assurés du régime général de l'Assurance Maladie et à leurs ayants droits. Depuis l'arrêté trimestriel du 20 juillet 1992, qui en définit les missions, les examens périodiques de santé sont proposés en priorité aux personnes inactives de plus de 16 ans, demandeurs d'emploi, personnes pré ou retraitées, personnes exposées à des risques menaçant leur santé. Ce qui n'exclue pas les autres assurés de l'examen de santé. L'examen de santé est modulé selon l'âge, le sexe, les risques et le suivi médical habituel. Les données recueillies sont des données administratives, cliniques, para cliniques, de biologie et de mode de vie.

Les CES s'adressent prioritairement aux personnes ayant été exposées à des risques professionnels au cours de leur vie active, aux personnes en situation de précarité, qui constituent 1/3 de la population générale, et aux personnes âgées, qui représentent 1/6 de la population générale.

Le Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé (CETAF) a été créé le 25 avril 1994 à l'initiative de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), pour accompagner les Centres d'examens de santé (CES) dans leurs missions d'examens de santé, d'éducation pour la santé et de recherche épidémiologique. Le CETAF a pour but de :

- valoriser la place des CES au sein de la politique nationale de santé ;



- actualiser, améliorer et faciliter les missions des CES ;
- travailler sur des programmes à moyen ou long terme visant à faire du réseau des CES à la fois un outil de référence mais aussi une structure souple, capable d'intervenir rapidement auprès des populations ciblées selon les orientations de la politique de santé.

Il a pour missions de :

- élaborer les " Recommandations pour les examens périodiques de santé " ;
- développer :
  - des protocoles d'évaluation des tests
  - des procédures en prévention ;
- réaliser un tableau de bord de la santé des personnes examinées dans les CES ;
- organiser la formation interne des personnels des CES ;
- assurer une mission de conseil et de soutien pour les CPAM et les CES, incluant la valorisation scientifique et technique.

Chaque année, le CETAF centralise toutes les données recueillies dans les Centres d'examens de santé dans une base unique, RAIDE (Recueil Annuel Informatisé des Données

Epidémiologiques). Cette base permet de réaliser de nombreuses études dans différents domaines, dont la santé bucco-dentaire. Par exemple un rapport d'étude sur la santé bucco-dentaire des adultes âgés de 35 à 44 ans a été réalisé à partir d'un échantillon de 384 530 personnes, examinées entre 1999 et 2003.

Nous savons tous que les maladies bucco-dentaires sont des problèmes majeurs de santé publique, en raison de leur coût, de leur prévalence et de leurs effets en termes de douleur, de déficience fonctionnelle et de détérioration de la qualité de vie. La santé bucco-dentaire fait partie intégrante de l'état de santé général, pourtant, aujourd'hui, les données sur la santé bucco-dentaire en France sont insuffisantes et parcellaires. C'est pour cette raison qu'il nous est apparu nécessaire de faire évoluer notre recueil, en mettant en place une observation permanente de la santé bucco-dentaire. Pourquoi ? Parce qu'il est nécessaire de connaître l'état de santé des populations, pour élaborer et évaluer les politiques de santé, mais aussi parce que cela représente un enjeu pour les décideurs, les chirurgiens dentistes et les acteurs de santé.

Mais comment réaliser cette observation permanente ? Grâce à un nouvel outil de recueil de données, le logiciel BUCCODENT. Celui-ci permettra d'étoffer les données déjà disponibles dans la base RAIDE, mais également rendra possible des études et recherches plus poussées. Ainsi, des facteurs de risque pourront être identifiés, afin de mettre en place des actions de prévention adaptées. Dans un premier temps, ce logiciel sera à l'usage des Centres d'examens de santé, et pourra ensuite être utilisé dans d'autres structures. La mise en place de BUCCODENT permettra une description plus complète et plus précise de la santé bucco-dentaire des consultants des Centres d'examens de santé. Au niveau individuel, il permettra de faire un état des lieux, d'établir les besoins en soins, mais aussi de donner des conseils personnalisés aux consultants. Au plan collectif, il permettra de développer l'information sur l'état de santé bucco-dentaire de la population et son évolution au cours du temps. Il permettra aussi de valoriser cette information auprès des professionnels, des décideurs et de la population

générale. Le logiciel BUCCODENT est développé par le CETAF et est adapté à l'exercice et aux missions dans les Centres d'examens de santé. Il est interactif, simple d'usage, personnalisé et standardisé. Une aide et un contrôle sont intégrés au logiciel pour faciliter son utilisation et le rendre plus fiable. De plus, ce logiciel est évolutif et peut être adapté à des populations ciblées ou à des études spécifiques.

Le recueil est réalisé dent par dent, à la fois pour les dents temporaires et permanentes, avec différents codes à choix multiples. Le schéma dentaire présenté au chirurgien dentiste sur le logiciel BUCCODENT permet d'avoir une vision immédiate de l'état bucco-dentaire du consultant, au fur et à mesure que le chirurgien dentiste renseigne le codage des dents : saine, cariée, obturée, prothèse adjointe, conjointe, etc. En plus du schéma dentaire, différents domaines sont explorés : les habitudes de consultation chez les praticiens, les prothèses adjointes, les habitudes d'hygiène, les signes de maladies parodontales, l'orthodontie, l'articulation temporo-mandibulaire, et des conseils personnalisés. (image 1)

Prenons l'exemple des prothèses adjointes dans le cas où le logiciel BUCCODENT repère des prothèses, portées ou non le jour de l'examen. Dans les deux cas, il pose des questions communes pour tous les porteurs. Par contre, certaines questions ne sont posées qu'aux porteurs de prothèses actuels. Dans le cas où le consultant a déjà porté une prothèse mais ne la porte pas le jour de l'examen, le logiciel BUCCODENT demande au chirurgien dentiste le motif d'abandon de la prothèse du consultant. (image 2)

Pour ce qui concerne la partie " hygiène " du logiciel BUCCODENT, le chirurgien dentiste renseigne l'étendue ou l'abondance de la plaque bactérienne, du tartre, de la gingivite. Dans le cas où le consultant a une prothèse adjointe, le chirurgien dentiste doit renseigner l'hygiène de celle-ci. Les éventuelles lésions des muqueuses sont notées. Ensuite, le chirurgien dentiste demande au consultant la fréquence et le rythme de ses brossages, ainsi que la présence ou non de saignements. (image 3)

image 1

**BUCCODENT** N° 42101 CETAF 9 ans  
SOPHIE Art. 2

dents sagesse Extr. maxil. PA. maxil. Extr. mand. PA. mand. SILLONS **SAINES**

**DENT N° 17**

Avant	Après
<input type="checkbox"/> Saine	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Carie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ulcère	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Non évoluée	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Saine	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Scellement	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Carie	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lésion cervicale d'usure	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Racine	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Extraite sans espace	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Extraite avec espace	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Obturée	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prothèse conjointe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prothèse adjointe	<input type="checkbox"/>

image 2

**BUCCODENT** N° 102004 VINGTNEUFANS 29 ans  
GERARD Art. 2

**PROTHESES ADJOINTES**

AGE DU SUJET A LA 1ère PROTHESE  
 < 40 ans  40 à 49 ans  50 à 59 ans  60 ans et plus

**PROTHESES ADJOINTES (Age de la dernière prothèse)**  
 maxillaire  - 1 an  1 à 4 ans  5 à 9 ans  10 ans et +  
 mandibulaire  - 1 an  1 à 4 ans  5 à 9 ans  10 ans et +

**PROTHESES ADJOINTES (Degré d'usure de la prothèse)**  
 maxillaire  aucune  légère  moyenne  importante  
 mandibulaire  aucune  légère  moyenne  importante

**PROTHESES ADJOINTES (Tenue de la prothèse)**  
 maxillaire  avec colle  sans colle  correcte  insuf. sans gêne  insuf. avec gêne  
 mandibulaire  avec colle  sans colle  correcte  insuf. sans gêne  insuf. avec gêne

**PROTHESES ADJOINTES (Degré de satisfaction)**  
 maxillaire  pas satisfait  peu satisfait  satisfait  très satisfait  
 mandibulaire  pas satisfait  peu satisfait  satisfait  très satisfait

**MOTIF D'ABANDON DE PROTHESE**  
 maxillaire  gêne  petite  inutile  en cours  
 mandibulaire  gêne  petite  inutile  en cours

image 3

The screenshot shows the BUCCODENT software interface. At the top, it displays the patient's name 'JULIE', age '15 ans', and 'Art. 2'. The form is organized into several sections with checkboxes:

- PLAQUE BACTERIENNE:**  absente,  peu étendue,  étendue,  très étendue
- TARTRE:**  absent,  peu abondant,  abondant,  très abondant
- GINGIVITE:**  absente,  peu étendue,  étendue,  très étendue
- HYGIENE PROTHESE ADJOINTE:**  correcte,  insuffisante,  très défectueuse
- LESIONS DES MUQUEUSES:**  oui,  non,  leucoplasie,  rougeurs, morsures, aphtes,  autres,  à explorer
- FREQUENCE de BROSSAGE:**  tous les jours,  irrégulier,  jamais
- RYTHME de BROSSAGE:**  matin,  midi,  matin + midi,  midi + soir,  matin + soir,  soir,  matin + midi + soir
- SAIGNEMENTS:**  oui,  non

On the left side, there is a vertical navigation menu with categories: 'Consultations', 'Etat dents 1', 'Etat dents 2', 'Prothèses adjoindes', 'Hygiène', and 'FIN'. A 'Suivant' button is located at the bottom right.

Les conseils interviennent en toute dernière partie. Certains doivent être remplis par le chirurgien dentiste, comme l'apport de fluor, le panoramique dentaire ou l'état inflammatoire. D'autres sont déduits de l'examen dentaire mais sont modifiables par le chirurgien dentiste. Il s'agit par exemple de la position des dents de sagesse. Les 6 derniers conseils sont déduits de l'observation et ne sont pas modifiables par le chirurgien dentiste. (image 4)

La création du logiciel BUCCODENT a commencé en septembre 2004. En janvier 2005, les Centres d'examens de santé sont entrés dans l'expérimentation. Ils ont ainsi contribué à affiner le logiciel et à le rendre le plus proche de la pratique clinique. La décision a été prise de former tous les praticiens dentistes des Centres d'examens de santé au logiciel BUCCODENT de septembre à décembre 2005. Durant cette formation, après un exposé théorique, les dentistes utilisent eux-mêmes le logiciel grâce à des exemples concrets, sous l'œil attentif des formateurs

BUCCODENT du CETAF. Ils repartent de cette formation avec une version Cdrom du logiciel et un manuel d'utilisateur complet, leur permettant d'utiliser dès le lendemain le logiciel dans leur Centre d'examens de santé. Ceci afin que début 2006, le déploiement du logiciel dans les Centres d'examens de santé soit terminé. Les données pourront être analysées dès 2007. Ainsi, une véritable observation de la santé bucco-dentaire sera possible dans les Centres d'examens de santé.

La population des Centres d'examens de santé est à 85 % représentative de la population générale INSEE. Cependant, afin de disposer d'un échantillon encore plus représentatif, une collaboration est envisagée avec d'autres partenaires, qui recueilleront les données concernant certaines catégories n'ayant pas accès aux examens périodiques de santé, telles que les agriculteurs, les militaires, les artisans commerçants, etc., ainsi que des populations d'âge peu représentées dans certains Centres d'examens de santé, comme les enfants.

image 4

The screenshot shows the BUCCODENT software interface. At the top, there is a header with the logo 'BUCCODENT', a patient number 'N° 25001', and fields for 'CETAF' and 'BUCCODENT'. There are also fields for '25 ans' and 'Art. 2', along with buttons for 'Abandonner' and 'Enregistrement'. Below the header, there are tabs for 'CONSEILS' and 'SYNTHESE'. The main area contains several boxes with checkboxes for various dental conditions:

- Apport de fluor**:  oui  non
- Racine à extraire**:  oui  non
- Trouble de l'équilibre occlusal**:  oui  non
- Panoramique dentaire**:  oui  non
- Etat inflammatoire ou infectieux**:  oui  non
- Amélioration hygiène brosseage**:  oui  non
- Problèmes de prothèse**:  oui  non  à ré-évaluer  à réparer
- Vérifier position dents de sagesse**:  oui  non
- Surveillance gingivite**:  oui  non
- Suivi plus rapproché**:  oui  non
- Mobilité anormale**:  oui  non
- Prothèse non portée ce jour**:  oui  non
- Problème d'ATM**:  oui  non
- Plaie à explorer**:  oui  non

At the bottom, there is a 'Commentaires' section with a text area containing 'Logiciel Buccodent'.

## QUESTIONS

### Pr. Claudine BLUM-BOISGARD

*Je me demande si vous ne vous trouvez pas, avec cet outil utilisé dans les Centres d'exams de santé, à un stade antérieur à l'évaluation. Et vous l'avez dit vous-même : vous avez fait de l'observation, des études épidémiologiques. Donc je voulais quand même rappeler que l'évaluation consiste non seulement à mesurer, décrire un état, mais aussi à le comparer soit à des référentiels validés, soit à un objectif que l'on veut atteindre. Vous venez de nous décrire un dispositif extrêmement intéressant qui vous permettra de faire de l'évaluation, mais il me semble que cela ne relève pas encore de ce que l'on appelle l'évaluation des pratiques ou l'évaluation de programmes de santé. Qu'en pensez-vous ?*

### Mme Caroline DUPRE

*Comme nous l'avons dit, il s'agit bien d'observation.*

### Pr. Claudine BLUM-BOISGARD

*D'accord, mais je voulais que ce soit bien clair.*

### Mme Caroline DUPRE

*Nous n'évaluons absolument pas les pratiques des praticiens.*

### Pr. Claudine BLUM-BOISGARD

*Ni la pratique des praticiens ni un programme de santé. C'est le constat, sur une population forcément biaisée, mais toutes les populations ont des biais, d'un état de santé bucco-dentaire.*

**Mme Caroline DUPRE**

*Absolument.*

**Pr. Claudine BLUM-BOISGARD**

*Il me paraissait important d'avoir votre avis sur ce point.*

**Un intervenant de la salle**

*Je voudrais savoir combien il faut de temps pour réaliser un examen total sur un patient.*

**Mme Caroline DUPRE**

*Sauf erreur de ma part, cela prend en moyenne six à huit minutes, en fonction du patient qui rentre dans l'examen de santé.*

**Le même intervenant de la salle**

*La saisie se fait-elle à la souris ou au clavier ?*

**Mme Caroline DUPRE**

*Tout s'effectue à la souris, ce qui présente en plus un avantage en termes d'hygiène.*

**Le même intervenant de la salle**

*Cela peut se discuter.*

**Un intervenant de la salle**

*Je voudrais savoir s'il était prévu un calibrage des praticiens ? Vous dites qu'ils ont été formés à l'utilisation du logiciel, mais qu'en est-il des critères, pour déterminer s'il y a carie ou autre ? Est-ce que les praticiens ont été formés, afin que tout le monde soit d'accord sur ce que l'on appelle " carie ", ou autre ?*

**Mme Caroline DUPRE**

*Oui, absolument. Avant le logiciel BUCCODENT, il existait en fait une feuille de marque que tous les chirurgiens dentistes remplissaient dans les Centres d'examens de santé. Ils avaient donc déjà l'habitude de remplir ce genre de grille, en mettant le nombre de caries, de prothèses adjointes, etc. Il y avait donc déjà une définition commune pour tout le monde. Le logiciel BUCCODENT permet aujourd'hui d'avoir un recueil plus homogène et plus détaillé.*

**Pr. Claudine BLUM-BOISGARD**

*Pour aller dans le même sens que la précédente question, par quelles structures, quels professionnels, les indicateurs sont-ils validés ?*

**Mme Caroline DUPRE**

*Le logiciel BUCCODENT a été validé par les chirurgiens dentistes des Centres d'examens de santé expérimentateurs, qui étaient au nombre de 9.*

**Pr. Claudine BLUM-BOISGARD**

*Pour ainsi dire, c'est un consensus d'experts.*

**Un intervenant de la salle**

*Comment allez-vous récupérer les données des cabinets libéraux ?*

**Mme Caroline DUPRE**

*Nous n'en sommes pas encore là. La convention est justement en cours, mais le logiciel BUCCODENT permet de récupérer un fichier texte qui est ensuite très facile à utiliser sous forme Excel ou autre.*

**Pr. Youssef HAIKEL**

*Je trouve que ce logiciel apporte énormément. C'est un outil extraordinaire quand on voit la population qui est concernée. Néanmoins, certains indicateurs devraient certainement être améliorés et surtout validés. Je prends l'exemple, car j'ai eu le privilège d'évaluer ce travail avant son édition, du problème concernant le fait que vous n'avez pas le droit d'avoir des gestes invasifs. C'est une limite : vous ne pouvez pas faire une radiographie, ou sonder une poche parodontale, car il s'agit d'un geste invasif qui comporte des risques. Par conséquent, vous ne pouvez pas avoir d'indicateur précis concernant la maladie parodontale. Que peut-on voir sans radio ni sondage ? Il y a donc des choses intéressantes et d'autres à ....*

**Mme Caroline DUPRE**

*Je crois que nous n'en sommes qu'au début de la démarche.*

**Pr. Youssef HAIKEL**

*Absolument, il faudrait aller beaucoup plus loin.*

**Pr. Claudine BLUM-BOISGARD**

*C'est le premier stade, donc une observation à un moment donné avec, comme vous venez de le dire, ses limites. Il faudra éventuellement utiliser ce centre et ces indicateurs pour faire vraiment des évaluations, à partir de stratégies ou de dépistages... Si vous voulez, bien entendu, faire de l'évaluation.*

**Mme Caroline DUPRE**

*Il est prévu, normalement, de faire des études dans des domaines bien particuliers. A ce moment-là, on fouillera les indicateurs. Mais pour le tout venant, on a déjà une liste assez exhaustive des indicateurs que l'on peut recueillir dans ce style de structures. On ne peut pas demander n'importe quoi alors que l'on n'est pas installé pour.*

**Un intervenant de la salle**

*Ma question porte sur toute la partie de la population qui va vous échapper, à savoir ceux qui ne consultent pas du tout, ni en cabinet libéral, ni en centre de santé. Avant de présenter un état bucco-dentaire de la population, je crois que toute une partie de celle-ci, relativement importante, va manquer.*

**Dr Edith ROLAND,**

*Chirurgien dentiste conseiller - Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé (CETAF), Saint-Etienne*

*Pas vraiment, car comme Caroline DUPRE l'a dit, nous avons en fait beaucoup de populations précaires qui rentrent dans nos obligations de dépistage. Au contraire, donc, nous couvrons une population relativement importante justement dans la précarité, parmi ceux qui ne consultent pas les cabinets dentaires.*





## EVALUATION DE LA DEMANDE EN SOINS DENTAIRES A OUAGADOUGOU, BURKINA FASO. Quelles implications pour la santé publique en milieu urbain Ouest Africain ? <sup>1</sup>

**Dr Benoît VARENNE**

*UR 178, Conditions et Territoires d'Emergence des Maladies - Institut de Recherche pour le Développement (IRD) - Ouagadougou - Burkina Faso*

Cette étude est une composante d'un programme de recherche mené par l'IRD sur les disparités socio-spatiales de santé à Ouagadougou. Le programme a été initié en 2002 en partenariat avec le Ministère de la Santé et l'Institut de Recherche des Sciences de la Santé du Burkina Faso. La présente étude a bénéficié de l'appui méthodologique du département des maladies chroniques et de la promotion de la santé de l'OMS à Genève.



Le Burkina Faso est un pays de treize millions d'habitants, avec un indice de développement humain faible qui le positionne 175e sur les 177 pays classés. 45 % de la population vit avec moins de 1 \$ par jour, ce qui est le seuil de pauvreté monétaire absolu. Le taux brut de scolarisation est faible puisqu'il s'établit à 24 %, et l'indice synthétique de fécondité de 6,7 se situe parmi les plus forts au monde. Le taux de mortalité est également extrêmement élevé, puisque sur 1 000 naissances, 207 enfants décèdent avant l'âge de 5 ans. Le taux de mortalité maternelle est de 1 000 pour 100 000 naissances vivantes.

L'étude porte sur Ouagadougou, qui est la capitale du pays. L'évolution de cette ville est assez caractéristique de ce qui se passe en milieu urbain en Afrique de l'Ouest. Il y a un peu plus d'un siècle, Ouagadougou était un petit village. Depuis 1970, la population double tous les 10 ans. Nous assistons donc à une croissance démographique et spatiale exponentielle. Aujourd'hui, la ville s'étend sur 200 kilomètres carrés, soit un peu plus que Paris intra muros, et compte 1,2 million d'habitants, soit 10 % de la population totale du pays. Plus de 25 % de la population de cette ville vit actuellement dans les zones périurbaines essentiellement irrégulières de la ville.

Les autorités et les moyens disponibles ont du mal à faire face à cette croissance, ce qui induit une insuffisance d'infrastructures urbaines (réseaux d'assainissement, voirie,...) avec une dichotomie de plus en plus visible entre ville régulière et ville irrégulière. Evidemment, la conséquence en est une augmentation de la pauvreté périurbaine et des disparités de santé.

Pour comprendre la situation actuelle en matière d'offre de soins, il faut revenir un peu sur les politiques de santé de ces dernières années. En 1986, bien après la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, l'initiative de Bamako (IB) a instauré en Afrique sub-saharienne le paiement des actes ; la stratégie de la gratuité des soins de santé avait en effet montré ses limites. L'IB, toujours en application, vise à améliorer l'accès de la population à des soins de santé primaires essentiels avec pour contrepartie une participation financière de la communauté afin d'assurer un recouvrement des coûts et d'augmenter l'accès aux médicaments essentiels et génériques. L'autre trait non négligeable du système de santé au Burkina Faso est l'absence de système de couverture sociale. Enfin, dernière caractéristique importante, il y a eu, dans les années 1990, la mise en place de programmes d'ajustements structurels imposés

<sup>1</sup> Cette communication a fait l'objet d'une publication en 2005 sous la référence : Varenne B., Msellati M., Zoungrana C., Fournet F., Salem G. Reasons for attending dental-care services in Ouagadougou, Burkina Faso. Bulletin of the World Health Organization 2005; 83, 650-655.

par le FMI et la Banque Mondiale, qui ont encouragé l'initiative privée dans les secteurs de la santé tout en limitant les investissements de l'Etat dans les secteurs sociaux.

Aujourd'hui, en terme de bilan, nous avons au Burkina Faso un taux d'accès de la population aux médicaments essentiels et génériques qui est passé de 20 % à 80 %. C'est une véritable réussite. Par contre, le taux de contact par habitant et par an avec les structures de soins demeure toujours très faible et s'établit à 0,7. Le secteur public sanitaire est en pleine déliquescence conséquence quasi directe des politiques d'ajustements structurels. Il est à noter que le secteur confessionnel historiquement très implanté à Ouagadougou, depuis l'arrivée des colons et des pères blancs, tient toujours une place très importante en terme d'offre de soins. Il est à constater enfin une explosion de l'offre sanitaire privée.

Au niveau dentaire, la tendance est évidemment identique. L'offre en soins dentaires dans la capitale est globalement meilleure en termes de ressources (équipements et personnels) que dans le reste du pays. En 2005, 24 services dentaires étaient établis à Ouagadougou : 14 structures de soins relevant du secteur privé, 4 structures dépendantes du secteur public et 6 rattachées au secteur de santé non gouvernemental à but social, la plupart sous contrat avec l'Etat.

En 2004, il y avait seulement 188 personnels de santé bucco-dentaire investis dans une activité clinique au Burkina Faso. A ce chiffre, s'ajoutent 8 autres dentistes impliqués dans des responsabilités administratives au niveau central du Ministère de la santé. Le personnel soignant en santé bucco-dentaire comprend des chirurgiens dentistes (65) et des attachés de santé en odontostomatologie (131). La majorité de ce personnel est employée par le Ministère de la Santé. 60 % des dentistes et 32 % des attachés de santé sont concentrés à Ouagadougou. Tout le monde souhaite travailler dans la capitale. Personne ne souhaite s'établir en brousse, où les conditions de vie sont quand même très compliquées.

### **Objectifs de l'étude**

La présente étude avait 2 objectifs principaux : 1) Évaluer la demande en soins bucco-dentaires des patients qui fréquentent les services dentaires à Ouagadougou ; 2) Contribuer ainsi à une meilleure compréhension de la capacité des services dentaires à prendre en charge la demande en milieu urbain Ouest Africain.

### **Méthodologie**

Les données ont été collectées dans 15 services dentaires sur les 22 en activité à Ouagadougou de janvier à décembre 2004. Ces 15 services ont été choisis afin d'avoir un échantillon représentatif de la diversité (public, privé, non gouvernemental) de l'offre de soins dans la ville. Comme aucun système d'enregistrement standardisé n'existait dans les services concernés par l'étude, des rencontres de travail ont été organisées avec les responsables des services afin de produire un formulaire standard d'enregistrement en routine des données à partir des cahiers de consultation et des dossiers existants. Ce formulaire d'enregistrement, une fois finalisé, a été diffusé et utilisé dans tous les services impliqués dans l'étude.

Les informations contenues dans ce formulaire d'enregistrement comprenaient : le nombre total de patients par jour, le statut des patients (" nouveau patient " si première visite ou " ancien patient "), le sexe, l'âge, l'ethnie, l'emploi, la zone de résidence, le motif de consultation, le diagnostic clinique, le traitement effectué et la présence ou non d'une couverture sanitaire. Le motif de la consultation et le diagnostic clinique n'ont été relevés que chez les nouveaux patients. Toutes les autres variables ont été relevées pour tous les patients (nouveaux et anciens).

Pour un service donné, dans le cas où le nombre de patients mensuel dépassait 100 ( $N > 100$ ), la collecte des données était effectuée sur 100 patients (lignes) tirés au sort. Dans le cas contraire, ( $N < 100$ ), les informations étaient collectées sur tous les patients. Une fois les données collectées, les motifs de consultation ont été classés selon 2 catégories " douleur " ou " autres ".

Les diagnostics cliniques ont été classés en 7 catégories : 1) *carie de l'émail et de la dentine*, 2) *carie avec atteinte pulpaire*, 3) *traumatisme dentaire*, 4) *pathologie parodontale*, 5) *problème d'éruption de la dent de sagesse*, 6) *pathologies des muqueuses*, 7) *autre*.

L'analyse statistique des données a été réalisée sous le logiciel SPSS 13.0 pour Windows. Les comparaisons entre les proportions ont ensuite été effectuées par le test du Khi2 avec l'emploi de la correction de Bonferroni dans le cas où des tests multiples étaient pratiqués.

### Résultats

Les données collectées comprenaient 55,4% de nouveaux patients et 44,6% d'anciens patients. Aucune différence selon le sexe n'a été trouvée entre les nouveaux et les anciens patients. Un plus grand pourcentage de femmes (51,8%) a eu recours à une consultation comparé aux hommes (48,2%). Les patients appartenaient majoritairement à la classe d'âge 15-44 ans quelque que soit le sexe (71,9%). 36% des patients étaient des étudiants ou des écoliers et constituaient ainsi la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée suivie par les employés du secteur privé (21,1%) et les ménagères (15,9%). Seulement 11,2% des patients bénéficiaient d'une assurance de santé leur permettant d'être remboursés de leurs frais. Parmi les personnes qui bénéficiaient d'une assurance, 34,6% étaient des employés du secteur privé, 33,4% des étudiants ou écoliers et 10,8% des cadres supérieurs. (table 1)

Vers quelle structure se dirigent les patients ? Dans la limite de notre échantillon, les structures non gouvernementales à but social constituaient le type de structure dentaire le plus utilisé (41,5%) suivi par les structures dentaires privées (36%) et enfin les services du secteur public (22,5%). Une part significative des femmes (45,5%) ont consulté auprès des services non gouvernementaux à but social alors que le secteur privé était plus fréquenté par les hommes (38,6%). Des tendances ont été notées par rapport à la répartition des patients par secteur de soins : plus les patients étaient âgés, plus ils s'adressaient aux cliniques du secteur privé. Une proportion significative des personnes (53,2%) résidant en périphérie de la ville consultait préférentiellement auprès des services non gouvernementaux à but social. Enfin, les services

dentaires non gouvernementaux à but social avaient une proportion de nouveaux patients significativement plus élevée (45,8%) que le secteur privé (29,9%) et que le secteur public (24,3%).

Pour l'ensemble des services impliqués dans l'étude, les 3 diagnostics les plus fréquents étaient par ordre d'importance : "carie avec atteinte pulpaire" (52,4%), puis " carie émail & dentine " (17,5%), et enfin " maladies parodontales " (14,5%). Ainsi, les maladies carieuses représentaient près de 70% de la demande totale en soins et 60 % des motifs de consultation étaient liés à une douleur. Plus précisément, 79,5% des " caries avec atteinte pulpaire ", 70,7% des " problèmes d'éruption 3e molaire ", et plus de 61% des " maladies des muqueuses " et des " traumatismes dentaires " étaient associés à une doléance liée à la douleur. (table 2)

Par ailleurs, la fréquence des caries de l'émail et de la dentine baissait avec l'âge alors que celle des maladies parodontales augmentait avec l'âge. Ces tendances générales sont caractéristiques de l'histoire naturelle des pathologies bucco-dentaires chez un individu au cours de la vie.

La carie avec atteinte pulpaire était plus présente chez les femmes (54,2%) que chez les hommes (50,4%). A l'inverse, les hommes sont significativement plus touchés par les traumatismes dentaires (4,3%) ou les maladies parodontales (15,5 %) que les femmes. En lien avec ce résultat, 61,1% des femmes avaient significativement plus de motifs de consultation liés à une douleur que les hommes (57,9%). Par ailleurs, les patients couverts par une assurance santé étaient significativement moins touchés (35,4%) par les caries avec atteintes pulpaires que les patients n'ayant pas d'assurance de santé (53,3%).

Enfin, une proportion significativement plus grande de patients (60,8%) des services non gouvernementaux à but social consultait en raison d'une carie avec atteinte pulpaire alors que cette proportion était seulement de 51,6% et de 39,4% pour les patients qui consultaient les services de santé privés ou publics. La même tendance a été trouvée en ce qui concerne les motifs de consultation liés à la douleur.

<b>Table 1. Répartition des patients selon l'âge, le sexe et le statut</b>					
	sexe		Statut du patient		<b>Total</b>
	<i>homme</i>	<i>femme</i>	<i>nouveau</i>	<i>ancien</i>	
Tranches d'âges	48.2 (n=6822)	51.8 (n=7343)	55.7 (n=7895)	44.3 (n=6270)	100.0 (n = 14165)
0-4	1.5	1.3	1.9	0.7	1.4
5-14	13.5	11.8	13.0	12.2	12.7
15-24	22.2	26.0	24.9	23.2	24,1
25-34	30.0	31.2	31.1	30.0	30,6
35-44	16.7	17.8	16.2	18.6	17,2
45-54	10.4	7.9	8.2	10.3	9.1
> 55	5.7	4.0	4.7	5.0	4.9

<b>Table 2. Répartition des motifs de consultation et de la demande en soins selon le sexe</b>				
<i>Motifs de consultation</i>		Sexe		<i>P</i>
		<i>Homme</i>	<i>Femme</i>	
<b>Douleur</b>	% (n)	<b>57,9</b> (2248)	<b>61,1</b> (2565)	< 0.01
<b>Autres</b>	% (n)	42.1 (1633)	38.9 (1636)	< 0.01
<i>Demandes en soins</i>				
<b>Caries émail et dentine</b>	% (n)	17.7 (661)	17.5 (713)	ns
<b>Caries atteinte pulpaire</b>	% (n)	<b>50,4</b> (1888)	<b>54,2</b> (2208)	< 0.001
<b>Trauma dentaire</b>	% (n)	<b>4,3</b> (162)	<b>2,8</b> (113)	< 0.001
<b>Maladies paro</b>	% (n)	15.5 (581)	13.5 (549)	< 0.05
<b>Eruption 3e molaire</b>	% (n)	2.7 (101)	3.8 (155)	< 0.01
<b>Maladies muqueuses</b>	% (n)	1.6 (61)	1.4 (59)	ns
<b>Autres</b>	% (n)	7.8 (291)	6.9 (280)	ns

### **Discussion**

Nos données ont montré qu'un large spectre de maladies bucco-dentaires affectait les patients qui consultaient les services dentaires de la ville de Ouagadougou en 2004. Les résultats suggèrent

aussi qu'une grande proportion de patients consultait pour des motifs liés à une douleur essentiellement liée à la pathologie dentaire. La douleur est ainsi le principal moteur de consultation et la demande en soins d'urgence est donc très forte. Le recours intervient à un stade

très avancé de la maladie. Les résultats de cette étude sur la demande en soins dentaires à Ouagadougou reflètent seulement la partie émergée de l'iceberg. On peut en effet penser que la proportion des personnes qui nécessitent des soins d'urgence dentaires parmi la population générale est considérable.

Les résultats de la présente étude sont intéressants en vue de l'identification de groupes de patients particulièrement vulnérables. Ainsi, les femmes semblaient être le groupe de population le plus affecté par les caries dentaires à un stade avancé. Ce groupe de patients déclarait souffrir dans une plus grande proportion de douleurs d'origine dentaire lorsqu'on le compare au groupe des hommes par exemple ou bien à d'autres groupes socioprofessionnels. Enfin, pour les femmes mais aussi pour les jeunes, le coût des soins dentaires semblait être le critère majeur de choix de la structure. En effet, ces groupes de patients ont été retrouvés plus nombreux dans les services dentaires du secteur non gouvernemental à but social réputés pour être financièrement plus accessibles.

Quelles sont les implications en termes de santé publique? Alors que la majorité des pays d'Afrique de l'ouest connaît des taux d'urbanisation en très forte augmentation, le besoin d'un changement dans les réponses à apporter face aux pathologies dentaires en milieu urbain apparaît urgent. En effet, même si la plupart des maladies bucco-dentaires n'ont pas une incidence directe sur les taux de mortalité, elles représentent un véritable problème de santé publique en raison de leur forte prévalence et de leur impact sur l'individu et la société dans son ensemble. Par ailleurs, le coût de la prise en charge clinique de ces pathologies représente une charge considérable que très peu de pays peuvent se permettre.

Depuis des décennies et en particulier dans les pays d'Afrique francophone, les systèmes de soins dentaires ont été pensés et organisés selon le modèle de prise en charge des pays industrialisés. Aujourd'hui, l'urbanisation galopante, l'explosion démographique et les profonds changements socioéconomiques en cours requièrent des

approches alternatives de celles adoptées jusque là. Les expériences en cours dans certains pays pourraient être appliquées avec succès et anticiper ainsi le fardeau annoncé des maladies bucco-dentaires.

Plus concrètement, la prise en charge des soins d'urgence bucco-dentaires pourrait être intégrée dans les plans annuels des districts sanitaires. Ainsi, les formations sanitaires pourraient assurer, à travers le réseau des dispensaires, une prise en charge de l'urgence odontologique en focalisant sur le soulagement de la douleur. Des personnels auxiliaires bien formés et supervisés par des chirurgiens dentistes pourraient prendre en charge ces activités en mettant un accent particulier en direction des groupes cibles vulnérables. Ces activités contribueraient par ailleurs à améliorer l'image des services de soins en général en répondant ainsi à une demande précise et sensible de la population.

Mais cette stratégie n'exclut pas une attention prioritaire à donner à des approches résolument préventives qui s'adressent à la population dans son ensemble. Ainsi, des efforts pourraient être menés afin que, par exemple, l'accessibilité à une pâte dentifrice fluorée de qualité soit une réalité. En effet, l'apport journalier de fluor reste le moyen le plus efficace dès l'enfance de lutter contre la principale pathologie orale qu'est la carie dentaire.

## QUESTIONS

### Un intervenant de la salle

*Je voudrais vous poser une question concernant le secteur traditionnel. Existe-t-il un secteur traditionnel dentaire ? La demande en soins ne s'adresse-t-elle pas d'abord à ce secteur traditionnel ? Quelles sont les implications de la recherche en soins dentaires auprès de ce personnel éventuellement ?*

### Dr. Benoît VARENNE

*Il existe en effet un secteur traditionnel. Une très bonne étude est sortie très récemment, réalisée par le*

*docteur Hadissa TAPSOBA, qui essaye justement de décrire toutes les possibilités. Car on sait que la prise en charge traditionnelle passe souvent par des médicaments traditionnels, donc un ensemble d'herbes, de plantes et de préparations qui peuvent être assez efficaces. Quand j'ai dit précédemment que 50 % des gens recourent à l'automédication, la moitié s'adresse à la médecine traditionnelle, à travers les décoctions de plantes ou autres. Il existe donc des choses. La question a été posée et il est vrai que les gens ont toujours un peu de mal, dans le cadre de ce type d'enquêtes, à dire qu'ils sont allés avant chez le*

*tradipraticien. Par contre, on sait qu'il existe d'autres pratiques, qui sont certainement plus dangereuses et qui sont complètement liées au milieu urbain. On utilise par exemple de l'acide de batterie dans le creux de la dent pour soulager une pulpite naissante, ce genre de choses assez terribles.*

*Ensuite, il existe des arracheurs de dents qui passent de porte en porte, mais il n'y en a, a priori, pas tant que cela non plus en capitale. Après, évidemment, c'est autrement plus connu et pratiqué en milieu rural. Mais il est vrai qu'il y a peu de données et que c'est aussi un sujet intéressant à étudier.*

## EVALUATION DE DEUX INDICATEURS NUTRITIONNELS : obésité et atteinte carieuse chez les enfants de 5-6 ans, scolarisés à Paris en 2002-2003

### Dr Catherine VINCELET

*Médecin épidémiologiste - Département de santé publique - U.F.R. de Médecine - Université Paris VII - Denis Diderot*

Cette étude a été réalisée en 2002-2003, à la demande de la ville de Paris qui souhaitait mieux connaître l'état de santé de ses jeunes enfants.

Nous nous sommes intéressés à deux indicateurs d'état de santé nutritionnel, avec comme objectif principal, d'une part la mesure de la prévalence de l'obésité chez les enfants de 5-6 ans scolarisés en grande section de maternelle dans les écoles publiques parisiennes et, d'autre part, la description de l'état de santé dentaire des enfants en cours préparatoire, donc âgés de six ans en moyenne.

L'analyse a été faite d'une part selon la répartition géographique des écoles par arrondissement et d'autre part, surtout, selon un indicateur socio-économique qui est la répartition des écoles en réseau d'éducation prioritaire. Enfin grâce à une collaboration avec l'APUR, l'Atelier Parisien



d'Urbanisme, nous avons réalisé une cartographie des anomalies rencontrées.

Pour l'étude de l'obésité nous avons ciblé les enfants de grande section de maternelle, parce que, dans cette classe, les médecins de santé scolaire interviennent systématiquement dans le cadre d'un examen de dépistage standardisé. Les données de poids et de taille sont systématiquement notées, ce qui permet le calcul de l'indice de masse corporelle, qui est le rapport du poids sur la taille au carré. Ceci permet également de rapporter cet

indice aux courbes de référence, qui déterminent la corpulence de l'enfant.

Pour définir l'obésité, nous avons utilisé les courbes françaises, dont les seuils sont utilisés par les médecins pour leurs interventions ultérieures. Deux degrés d'obésité sont ainsi définis :

- l'obésité de degré 1 qui, chez l'adulte, correspond au surpoids,
- l'obésité de degré 2, qui correspond à l'obésité à l'âge adulte.

348 écoles étaient concernées. En fait, 318 écoles ont été visitées, pour des raisons de problèmes d'effectifs des médecins en santé scolaire. Cela représentait, pour Paris, un effectif de 15 596 élèves sur les 16 985 attendus. Il y a eu également une perte d'information en raison de la qualité du remplissage de la fiche, qui était une fiche avec reproduction carbonée. L'étude a porté donc réellement sur 11 516 enfants, ce qui représente un taux d'exhaustivité de 68 % sur Paris et de 74 % dans les écoles visitées. Néanmoins, la répartition des écoles entre les zones REP et non REP, avec 27,8 % en zone REP, est proche du pourcentage attendu. Il en est de même pour le ratio filles/garçons, avec 51% de garçons. L'âge moyen des enfants dans cette classe est de cinq ans et sept mois.

Le dépistage bucco-dentaire a porté sur les enfants scolarisés en CP, donc âgés de six-sept ans. C'est un dépistage réalisé systématiquement sur Paris, par les chirurgiens dentistes, soit de l'UFSBD, soit de la CPAM de Paris, selon les arrondissements. Quel que soit l'organisme qui réalise ce dépistage, un protocole commun d'examen est utilisé, avec un examen dent par dent. L'atteinte carieuse a été estimée en retenant, avec 2 degrés de gravité, trois indicateurs :

- les enfants indemnes,
- les enfants ayant entre une et trois caries,
- les enfants ayant quatre caries et plus.

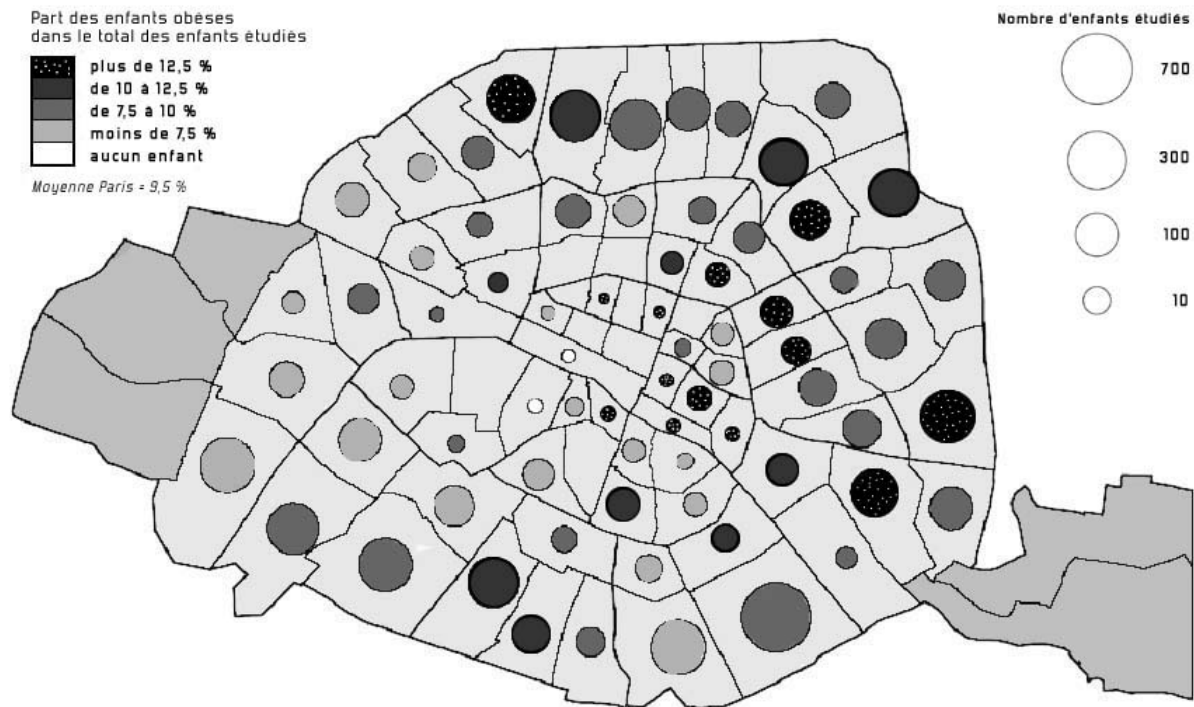
En matière de dépistage bucco-dentaire, on obtient un taux d'exhaustivité très satisfaisant de 93,5 %. 30,2 % des enfants sont scolarisés en REP et nous comptons un total important, sur une génération, de 15 687 enfants étudiés.

Nous avons observé une obésité pour 1 099 des 11 516 enfants étudiés, soit une prévalence de 9,5 %. L'obésité de degré 1 concerne 718 enfants, soit 6,2 %. L'obésité de degré 2, qui marque un stade de gravité, concerne 381 enfants, soit 3,3 % de la population étudiée. Donc, plus du tiers des enfants atteints présentent, dès cet âge de cinq-six ans, une obésité que l'on peut qualifier d'importante. Nous notons des taux significativement supérieurs en REP, avec globalement 11,8 % d'enfants présentant une obésité en REP, contre 8,7 % en zones non REP. Pour l'obésité de degré 2, les taux sont particulièrement importants en REP, puisque 4,5 % des enfants sont touchés, contre 2,9 % en zones non REP.

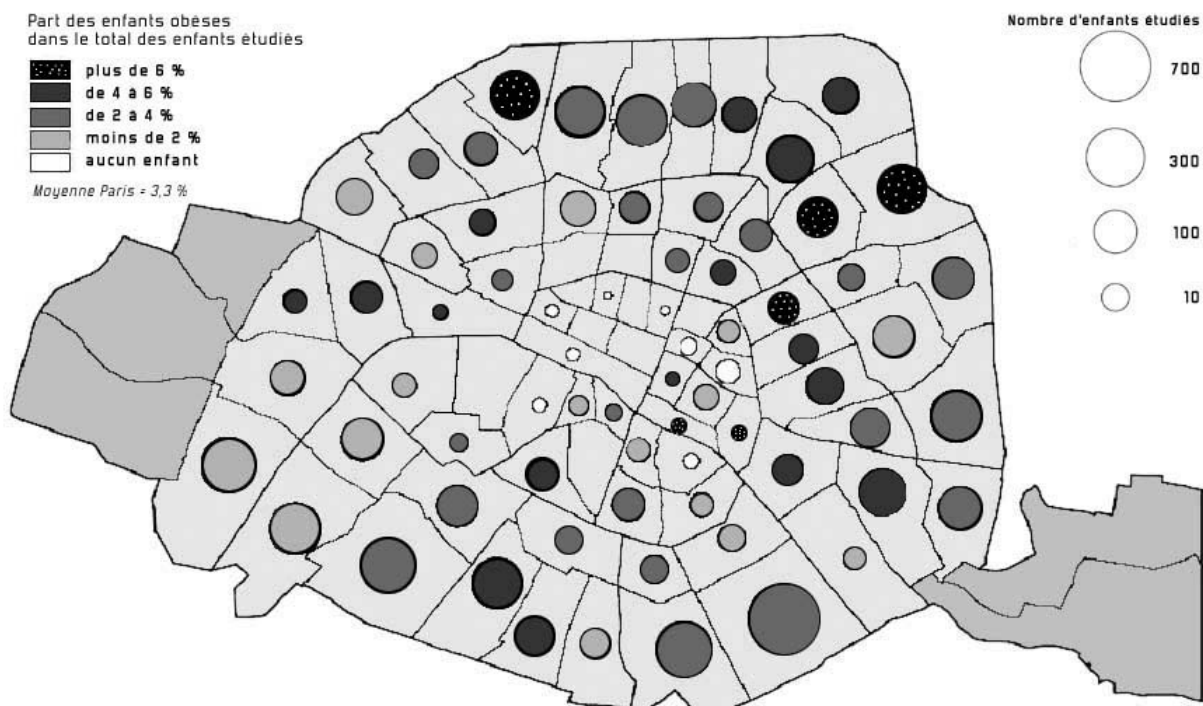
La cartographie est présentée par quartier administratif, chaque arrondissement de Paris ayant été divisé en quatre secteurs. Pour les représentations, plus les ronds ont un diamètre élevé et plus les effectifs étudiés sont importants, de l'ordre de plus de 700 enfants pour les plus gros à une dizaine pour les plus petits, les arrondissements dans le centre de Paris comptant relativement peu d'enfants. D'autre part, plus les ronds sont foncés, plus les prévalences sont élevées. Cette carte montre bien le caractère relativement préservé de l'Ouest parisien, alors que les quartiers du Nord-Est de Paris sont particulièrement touchés. Bien que les effectifs soient relativement faibles, le quatrième arrondissement au centre de Paris est également concerné par une prévalence élevée, avec près de 14 % d'enfants en obésité. (Carte 1)

La cartographie de l'obésité de degré 2 montre à peu près la même distribution, avec des prévalences très élevées également observées dans le Nord-Est de Paris. Nous pouvons également noter des prévalences élevées dans le Sud et dans trois quartiers de l'Ouest parisien. (Carte 2)

**Carte 1 :**  
**Prévalence de l'obésité dans les écoles parisiennes**  
**(enfants de 5/6 ans)**



**Carte 2 :**  
**Prévalence de l'obésité de degré 2 dans les écoles parisiennes**  
**(enfants de 5/6 ans)**

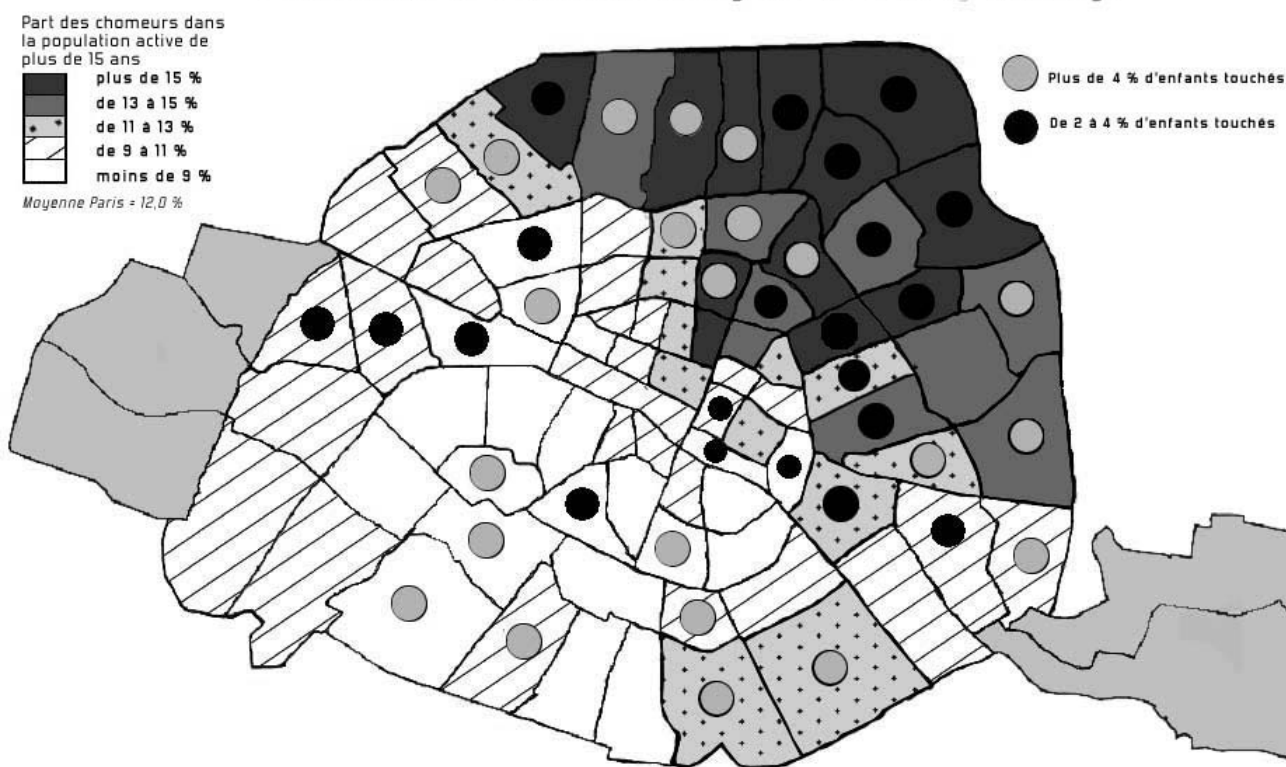




Il nous a paru intéressant de mettre en parallèle ces résultats avec la cartographie de la précarité, en particulier celle du taux de chômage dans les différents quartiers parisiens. Ainsi, 33 des 80 quartiers parisiens représentés comptent plus de 11 % de chômeurs. Si nous nous intéressons aux quartiers dans lesquels il y a plus de 4 % d'enfants en obésité de degré 2, nous retrouvons 12 de ces 33 quartiers dans lesquels le taux de chômage est important. 9 quartiers qui connaissent des taux de

chômage plus bas sont également concernés. Si nous ajoutons sur cette carte les quartiers dans lesquels plus de 2 % d'enfants sont en obésité de degré 2, 13 autres quartiers à fort taux de chômage sont touchés, ainsi que 9 autres quartiers à chômage moindre. Au total, ce sont finalement 75 % des quartiers à fort taux de chômage qui sont touchés par des taux d'obésité de degré 2 au moins supérieurs à 2 %, contre 38 % des quartiers où le taux de chômage est moindre. (Carte 3)

**Carte 3 :  
Prévalence de l'obésité de degré 2 et taux de chômage**

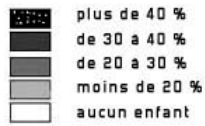


En qui concerne le dépistage bucco-dentaire, 74 % des enfants sont indemnes de caries, 19 % ont entre 1 et 3 caries et 7,1 % présentent 4 caries et plus. Un peu plus du quart des enfants atteints présente donc une atteinte carieuse importante. La différence entre les zones REP et non REP est une nouvelle fois significative, avec 36,6 % d'enfants atteints en REP contre 21,6 % d'enfants atteints en zones non REP. Surtout, nous comptons dans les REP 13,4 % d'enfants avec une atteinte sévère, contre 4,4 % dans les zones non REP. Donc, parmi les enfants touchés en REP, ce sont 36 % des enfants qui présentent une atteinte sévère. Pour la représentation cartographique les données de prévalence ont été rapportées sur les

80 quartiers de Paris. Nous constatons, cette fois, véritablement, une forte atteinte carieuse dans le Nord-Est de Paris, particulièrement prononcée. C'est particulièrement le cas pour le degré d'atteinte de 4 caries ou plus, qui est véritablement concentré dans le Nord-Est de la capitale. De la même manière que précédemment, ces résultats ont été mis en parallèle avec le taux de chômage. Parmi les arrondissements qui comptent plus de 10 % d'enfants présentant 4 caries ou plus, nous retrouvons 12 des 33 quartiers à fort taux de chômage. Ce sont donc 39 % des quartiers à fort taux de chômage qui sont concernés, contre seulement 13 % des autres quartiers. (Cartes 4,5,6)

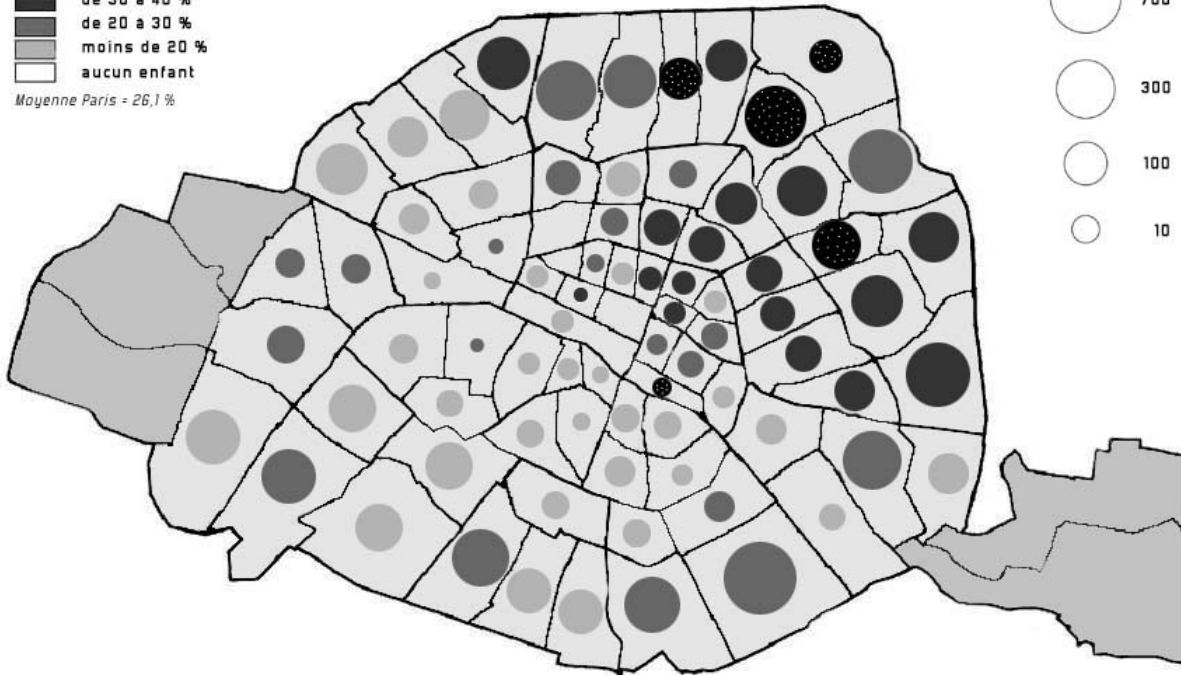
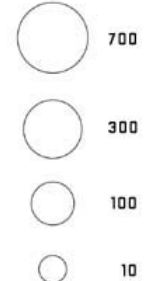
**Carte 4 :**  
**Taux d'enfants atteints par la carie dans**  
**les écoles parisiennes (enfants de 6/7 ans)**

Part des enfants ayant 1 caries ou plus  
 dans le total des enfants étudiés



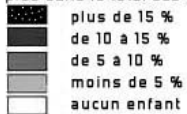
Moyenne Paris = 26,1 %

Nombre d'enfants étudiés



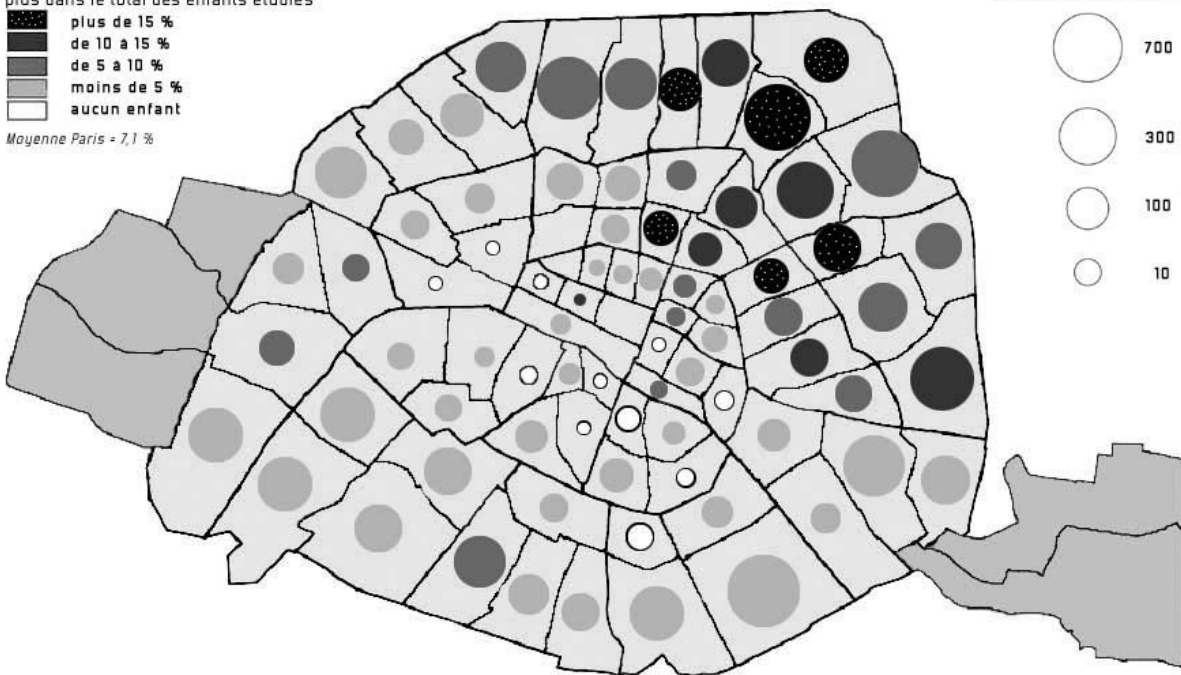
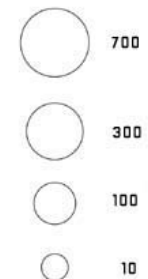
**Carte 5 :**  
**Taux d'enfants présentant 4 caries ou plus dans**  
**les écoles parisiennes (enfants de 6/7 ans)**

Part des enfants ayant 4 caries ou plus  
 dans le total des enfants étudiés

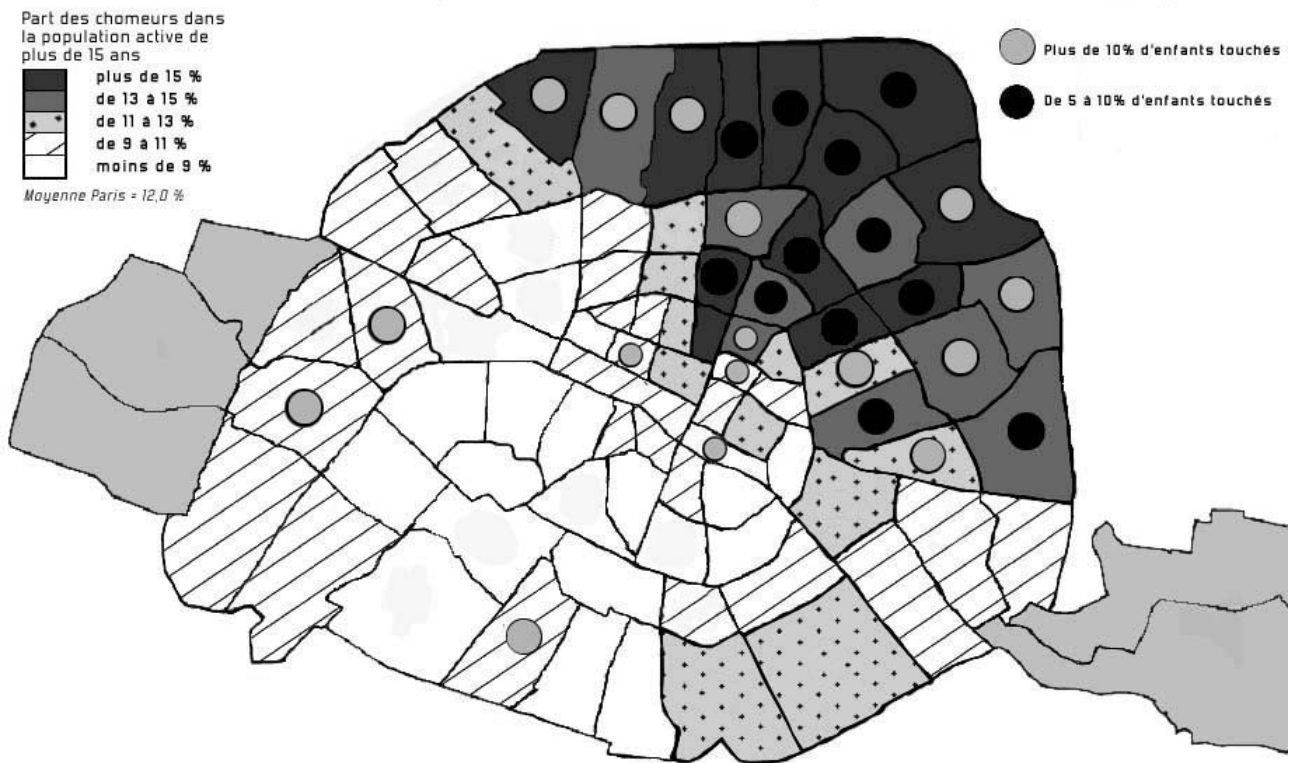


Moyenne Paris = 7,1 %

Nombre d'enfants étudiés



**Carte 6 :  
Taux d'enfants présentant 4 caries ou plus et taux de chômage**



En conclusion, compte tenu de la jeunesse de la population étudiée, l'obésité et l'atteinte carieuse sont des problèmes de santé très fréquents, avec respectivement 3,3 % d'obésité de degré 2 et 7,7 % d'atteintes carieuses importantes. Les représentations cartographiques nous permettent de mieux visualiser ces phénomènes connus. La mise en parallèle avec les indicateurs de précarité montre une forte similitude dans la distribution, même si ce type d'analyse ne permet bien évidemment pas d'établir un lien direct. Une nouvelle fois, les inégalités sociales de santé sont mises en évidence. Avec la localisation, nous visualisons mieux l'intérêt de concentrer davantage les efforts sur certains quartiers, avec probablement la nécessité de programmes de prévention plus actifs et d'actions de proximité. Il conviendrait d'accroître les efforts en direction des enfants les plus atteints.

## QUESTIONS

### Pr. Claudine BLUM-BOISGARD

*Je me disais, en écoutant votre communication et surtout la discussion et vos conclusions, que cela militait en faveur d'une prise en charge globale, et que le parallèle entre l'obésité et les problèmes de santé bucco-dentaire montrait bien qu'il fallait avoir une approche populationnelle et globale, et ne pas trop sérier les problèmes, ne pas s'occuper " que des dents " ou " que de l'obésité ".*

**Dr. Catherine VINCELET**

*Je pense que c'était effectivement l'une des idées qui a motivé ce rapprochement. Même si l'obésité est un phénomène plus diffus et également plus récent - on ne peut donc pas mettre " historiquement parlant " les deux en parallèle - je pense néanmoins qu'il faut effectivement véritablement adopter une approche plus globale et non pas être complètement sectorisé dans sa partie.*

**Pr. Claudine BLUM-BOISGARD**

*C'est très intéressant. Votre taux de presque 10 % correspond au taux actuellement connu partout.*

**Dr. Catherine VINCELET**

*Absolument. Ce qui était un peu original dans ce travail, c'était la mise en parallèle avec la représentation cartographique.*

## SOINS BUCCO-DENTAIRES CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES EN ILE-DE-FRANCE. Etude de l'URCAM d'Ile de France.

**Dr. François DUFOUR**

*Chirurgien dentiste conseil, Chef de Service - Echelon local du Service médical de Seine-Saint-Denis - C.N.A.M.T.S.*

En 1998, la Conférence nationale de santé définissait comme une de ses priorités une meilleure prise en charge du diabète. En 1999, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, l'ANAES, émettait une recommandation : " le suivi annuel du patient diabétique doit comporter un examen de la bouche et des dents ". En 2004, un constat fait par l'étude ENTRED en Ile-de-France - étude chargée de suivre l'évolution de l'état de santé d'un échantillon représentatif de 10 000 patients diabétiques - montrait que seulement 35,6 % des patients diabétiques ont au moins une consultation dentaire annuelle. Il y a donc un décalage entre la recommandation de l'agence officielle, l'ANAES, et le constat fait par l'étude ENTRED en Ile-de-France.

Il y a eu de nombreuses études menées sur la santé parodontale des patients diabétiques et une recherche de relation entre pathologies parodontales et diabète. Si nous avons des preuves assez importantes de l'incidence du diabète sur la



maladie parodontale, les preuves sont actuellement plus faibles de l'incidence de la maladie parodontale sur le diabète. Cependant, il faut retenir l'étude parue en janvier 2005 dans Diabetes Care et réalisée par SAREMI et al, qui ont suivi pendant onze ans une population d'Indiens Pima aux Etats-Unis. Ces Indiens présentent la particularité d'avoir une prévalence du diabète extrêmement importante. Sur un suivi de 11 ans, il a été montré que les sujets avec une parodontite sévère avaient 3,2 fois plus de risque de mortalité d'origine cardiaque ou rénale que les sujets sans parodontite ou avec une parodontite modérée. L'atteinte parodontale est donc un marqueur de

risque, mais ce n'est pas encore le lien établi entre la maladie parodontale et le diabète.

Les objectifs de l'étude URCAM ont été de déterminer la proportion de patients ayant un suivi bucco-dentaire, l'état bucco-dentaire de ces patients, les raisons pour lesquelles ce suivi n'est pas toujours réalisé, et de décrire les pratiques professionnelles dans le cadre du traitement.

En Ile-de-France, la population des diabétiques a été isolée à partir de la consommation d'antidiabétiques oraux et d'insuline. Nous avons relevé une population de 206 206 diabétiques traités, ce qui représentait 2,2 % de la population protégée. Les études de prévalence actuelles tournent plutôt autour de 2,5 ou 3 %, mais il y a un certain nombre de diabétiques qui ne sont pas encore soignés ou de diabétiques qui s'ignorent. Cette population des bénéficiaires diabétiques est plus âgée que la population protégée. Ceci devra être pris en compte dans tous les éléments de comparaison que nous voudrions faire, par exemple sur les indices de morbidité.

L'analyse des traitements médicamenteux montre que l'insuline seule représentait 13,8 % des traitements, l'association insuline et antidiabétiques oraux 5,3 %, et les antidiabétiques oraux seuls 80,9 %. Sachant que le diabète de type 2 évolue ensuite vers la prise d'insuline, on retrouve l'ordre de grandeur habituel de 90 % de diabète de type 2 et 10 % de diabète insulino-dépendant.

L'étude du recours aux soins dentaires a été faite sur 17 mois. Le résultat de 35,6 % de l'étude ENTRED, portait sur douze mois. Nous avons en fait essayé de déterminer sur une durée un peu plus longue s'il y avait une différence importante. Il existe effectivement une différence, mais peu substantielle, puisque nous passons à 42 % de recours, soit toujours largement en deçà des recommandations de l'ANAES. Mais nous constatons tout de même que la population des bénéficiaires diabétiques va plus souvent consulter que la population protégée, qui a consulté à 35,6% dans cet intervalle de 17 mois. Il ne faut cependant pas oublier le facteur âge, qui intervient aussi.

Pour les soins dentaires la population des bénéficiaires diabétiques recourt plus aux centres de santé, dans une proportion de 16,5 %, que la population protégée, où le recours est de 12 %. L'une des explications possibles est que l'organisation d'un centre de santé polyvalent, qui regroupe un certain nombre de spécialités médicales, constitue une première amorce de réseau et favorise l'échange pluridisciplinaire entre professions médicales.

Globalement la part des actes reçus par les bénéficiaires diabétiques représente 2,4 % des actes dispensés à la population générale protégée, alors qu'ils représentent 2,2% de cette population. Nous notons un peu plus d'actes de chirurgie, un peu plus d'actes de prothèses, mais la discussion n'est pas simple puisque la population est plus âgée. Il n'est donc pas illogique de retrouver plus d'actes de chirurgie et de prothèse.

Pour l'analyse médicale, les chirurgiens dentistes conseils des trois régimes de l'assurance maladie en Ile-de-France ont examiné 1 812 patients diabétiques, soit 720 femmes et 1 092 hommes. Nous retrouvons plus d'hommes que de femmes, ce qui est une particularité de la population diabétique. Nous retiendrons de ces examens les constats qui ont les valeurs les plus fortes :

- **59,4 %** des patients ont au moins une dent absente non remplacée,
- **27,5 %** des patients ont au moins une dent mobile,
- **44,9 %** des patients ont une inflammation gingivale,
- **55,4 %** des patients ont du tartre,
- **38,2 %** des patients ont signalé des saignements gingivaux au brossage,
- **45 %** des patients souffrent de sécheresse buccale.

Il y a donc un certain nombre d'indicateurs de problèmes de santé gingivale chez ces patients.

Les chirurgiens dentistes conseils ont ensuite posé

des questions aux patients examinés puis contacté pour obtenir leur avis leurs chirurgiens dentistes traitants. 1441 d'entre eux ont répondu.

D'après les données déclaratives, les résultats sont relativement divergents quant au motif de renoncement aux soins, entre le ressenti des patients et celui des praticiens. Dans le ressenti des patients, la cause essentielle de renoncement aux soins est le renoncement à des prothèses. Alors que pour les praticiens, les patients ont en premier lieu renoncé à des soins de parodontologie. Cela peut signifier que les traitements de parodontologie ne sont pas encore complètement intégrés dans l'esprit collectif des patients au niveau de la demande de santé.

Des questionnaires aux patients diabétiques il ressort que :

- 13,6 % n'avaient pas prévenu leur chirurgien dentiste qu'ils étaient diabétiques,
- 50,4 % n'ont pas connaissance de l'importance des soins bucco-dentaires,
- plus d'un tiers ne consulte qu'en cas d'urgence,
- près des deux tiers des diabétiques de type 2 examinés n'ont pu citer spontanément leur taux d'hémoglobine A1C, alors qu'il y avait eu, l'année précédente, une campagne assez importante autour du chiffre 7, afin que les patients diabétiques s'approprient justement ce taux d'hémoglobine A1C.

D'après les chirurgiens dentistes interrogés :

- 14 % ne savaient pas que leurs patients étaient diabétiques,
- dans 96 % des cas, c'est par le patient que les praticiens sont informés de l'existence du diabète,
- plus de la moitié des patients ayant consulté bénéficient d'un suivi régulier,
- plus de la moitié des patients ayant consulté présentent une maladie parodontale,
- les plans de traitement initialement prévus ont pu être complètement réalisés dans plus de la moitié des cas.

Les résultats de cette étude ont montré que la santé bucco-dentaire des patients diabétiques pourrait être améliorée en agissant sur trois axes :

### **Informier et sensibiliser les professionnels de santé et les patients diabétiques.**

En ce qui concerne la sensibilisation des professionnels de santé, nous avons adressé des plaquettes d'information à chaque médecin généraliste et endocrinologue, à chaque chirurgien dentiste et stomatologue de la région Ile-de-France. Nous avons vu que la principale sensibilisation devait être faite auprès des médecins généralistes, pour que soit prise en compte, dans le plan de traitement global, la santé dentaire du patient diabétique. Des plaquettes à l'intention des patients ont également été envoyées aux praticiens, pour qu'ils puissent les remettre à leurs patients diabétiques et amorcer un dialogue autour de la nécessité de ce suivi bucco-dentaire. L'URCAM d'Ile de France est aussi présente au sein du salon du diabète, qui se tient actuellement à l'espace Charenton, et auquel 8 000 à 9 000 patients assistent chaque année.

### **Faciliter l'accès aux traitements médicalement nécessaires.**

Les soins parodontaux ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie dans leur plus grande majorité. C'est la collectivité nationale et l'une de ses émanations, que sont les pouvoirs publics, qui définissent la liste des prestations prises en charge par l'assurance maladie. Depuis la loi du 13 août 2004, il y a eu une réforme majeure dans cette définition, notamment avec l'intervention de la Haute autorité de santé, qui émet un avis sur les propositions de prise en charge d'actes et de traitements. Ce constat que nous avons fait va donc participer à la réflexion sur l'opportunité de faire évoluer la prise en charge des traitements bucco-dentaires des patients diabétiques.

### **Favoriser l'intégration des soins bucco-dentaires dans les réseaux de santé diabète.**

Les réseaux de santé permettent des dérogations tarifaires. Mais il s'agit également et surtout de permettre l'intégration des chirurgiens dentistes dans la prise en charge globale du patient diabétique, et c'est bien ce que nous avons identifié comme la principale difficulté dans cette étude. A savoir qu'il est absolument nécessaire de donner une part importante aux chirurgiens dentistes dans la prise en charge globale du patient diabétique.

## QUESTIONS

### Pr. Claudine BLUM-BOISGARD

*Je ferai comme commentaire à votre présentation que je me réjouis que l'on puisse montrer la place que peut tenir l'Assurance Maladie dans le domaine de l'évaluation, en apportant des informations. Et vous aviez commencé par cela : la mesure de la réalisation d'un acte, comparée à une recommandation de l'ANAES, constitue de fait une véritable évaluation, puisque l'on peut dire que vous aviez 70 % des patients qui n'avaient pas eu l'acte recommandé d'examen bucco-dentaire.*

*L'autre remarque que je ferai est que cela permet d'avoir une discussion sur le rôle du médecin traitant, et montre que la communication entre médecin traitant, chirurgien dentiste traitant et patient pourrait être améliorée.*

### Un intervenant de la salle

*Juste une question concernant la discordance entre les réponses effectuées par les patients sur le renoncement aux soins, et celles des praticiens. Est-ce le praticien qui renonce à faire des soins parodontaux, qui ne les propose pas aux patients, ou est-ce le patient qui renonce à ce qu'a proposé le praticien ?*

### Dr. François DUFOUR

*Non, ce n'est pas le patient qui renonce à ce qu'a proposé le praticien, c'est le praticien qui a estimé qu'il n'a pas pu faire un traitement parodontal chez le patient. Après, nous n'avons pas posé la question de savoir s'il avait ou non posé la question au patient, c'est certain, mais probablement. Mais le patient a-t-il bien pris en compte ce qu'était le traitement parodontal qui lui a éventuellement été proposé (car c'est bien là que réside la principale différence) ? Nous ne sommes pas allés jusqu'à ce niveau de précision dans notre questionnement. Mais quand nous avons demandé aux praticiens à quels soins ils avaient dû renoncer, ils ont cité en premier les traitements de parodontie.*

### Pr. Claudine BLUM-BOISGARD

*Pour préciser, car c'est important : quand vous avez fait cette enquête, était-ce à propos de cas particuliers,*

*ou avez-vous demandé au praticien de dire, dans sa pratique, quel était son ordre de renoncement pour les patients diabétiques ?*

### Dr. François DUFOUR

*Non, il s'agissait de cas particuliers, le questionnaire concernait le patient qui avait été examiné par le chirurgien dentiste conseil.*

### Un intervenant de la salle

*Une question sur l'accès aux soins dentaires des patients diabétiques, sur l'accessibilité financière. Ces patients ne renoncent-ils justement pas parce qu'ils ont à payer ces soins, avez-vous des éléments sur ces questions ?*

### Dr. François DUFOUR

*La problématique est strictement la même que pour les patients non diabétiques. De toute façon, en ce qui concerne l'accès aux soins, nous avons vu la problématique particulière des traitements de parodontie. Ensuite, pour l'ensemble des autres traitements, la seule différence est qu'il y a un meilleur remboursement pour les patients diabétiques, puisqu'ils peuvent être pris en charge au niveau de leurs traitements dentaires avec exonération du ticket modérateur. En termes d'accessibilité, la prise en charge est donc un peu meilleure. Mais après, la problématique reste exactement la même que celle de la prise en charge globale des soins dentaires. Je ne l'ai pas précisé, mais c'est en Seine-Saint-Denis que l'on trouve le plus de patients diabétiques. Par rapport à l'étude qui vient d'être présentée sur l'obésité, on se retrouve dans la même problématique, avec des questions d'accès aux soins, avec des prises en charge CMU qui existent aussi pour un certain nombre de patients, sachant que la CMU ne couvre pas tout non plus. La question de l'accès aux soins, même si elle est peut-être un peu moins importante, persiste donc. Mais, pour les patients diabétiques, l'accès aux soins ne se limite pas aux problèmes dentaires. Il y a aussi les problèmes de pieds, d'yeux, pour lesquels des réseaux et des programmes nationaux ont été mis en place, justement pour pallier toutes ces difficultés de prise en charge.*

### Un intervenant de la salle

*J'avais une question concernant l'information que les patients ne donnent pas aux praticiens. Je voulais savoir si c'était suite à la question du praticien qu'ils donnaient une information fausse, ou bien si c'était simplement parce qu'ils oubliaient ou qu'ils ne savaient pas qu'ils devaient informer.*

### Dr. François DUFOUR

*Les 13 % ou 14 % de patients qui ne disaient pas à leur praticien qu'ils étaient diabétiques constituent, là aussi, des cas particuliers qu'il faudrait traiter un par un. On ne peut pas exclure, par exemple, le patient qui n'a pas été soigné parce qu'il était diabétique et qui ne souhaite plus en faire état, celui qui considère que cela n'a pas suffisamment d'importance pour qu'il faille en parler, etc. Du côté des praticiens, on a retrouvé exactement le même score. Nous nous sommes donc dit que c'était quand même à peu près la même chose. Mais c'est bien le patient qui n'a pas prévenu son praticien qu'il était diabétique. On doit supposer que la question lui a été posée.*

### Un intervenant de la salle

*Je voulais vous demander s'il n'y avait pas une possibilité de "biaisage" de l'étude par le fait que vous avez interrogé des chirurgiens dentistes généralistes, qui n'ont pas l'habitude de faire d'approche, de traitement parodontal(e). Disposez-vous d'informations que l'on peut rattacher à ce non intérêt vis-à-vis de certains patients de ne pas proposer de traitement, par manque, peut-être, de compétences directes ?*

### Dr. François DUFOUR

*Je dirais que nous avons une image du dépistage parodontal tel qu'il existe.*



## EVALUATION D'UNE EXPERIMENTATION DE PRISE EN CHARGE DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES HEBERGEES EN EHPAD

### Dr. Julien LAUPIE

*Chirurgien dentiste, Chargé de Mission - Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, Responsable de l'Unité d'Odontologie Gériatrique - CHU de Nice*

Sur la région Ile-de-France deux enquêtes de la CPAM de Paris en 2001 et de la CPAM de l'Essonne en 2002, avaient évalué l'état de santé bucco-dentaire des résidents en EHPAD, avec des résultats assez catastrophiques. En effet, près de 90 % des résidents avaient besoin d'une consultation dentaire, 39 % des personnes dépistées avaient au moins une dent à extraire, 42 % des résidents n'avaient pas eu de consultation dentaire depuis au moins cinq ans. Face à ce constat, l'UFSBD, en partenariat avec la CPAM de Paris, a monté cette expérimentation, qui a été financée par l'URCAMIF sur le FAQSV, par le Conseil régional d'Ile-de-France, par la CPAM de Paris et l'AG2R.

A la demande de l'URCAMIF, cette expérimentation, qui a débuté en janvier 2005, est évaluée avec l'aide d'un organisme d'évaluation externe, GRES Médiation Santé.

Ce projet s'articule autour de trois axes:

- Former et sensibiliser les acteurs.  
Nous avons organisé des formations non seulement pour les chirurgiens dentistes qui vont travailler dans le réseau, sur les soins bucco-dentaires adaptés à cette population, mais également au sein des établissements, sur l'hygiène bucco-dentaire, pour le personnel soignant et encadrant (infirmières, aides-soignantes, auxiliaires, etc.),
- évaluer les besoins en soins des résidents mais aussi leurs conditions d'accès aux soins,
- coordonner la prise en charge afin de faciliter l'accès aux soins.



Quatre objectifs médicaux chiffrés ont été fixés, qui consistent à réduire au 31 décembre 2006 :

- de 30 % les dépôts mous sur les dents et les prothèses des résidents,
- de 50 % le nombre de dents cariées,
- de 20 % le nombre de dents résiduelles et de racines à extraire,
- de 30 % le nombre de dents manquantes non remplacées.

Pour mettre en œuvre cette opération, l'UFSBD et la CPAM de Paris ont créé un réseau de santé doté d'une cellule de coordination. Quinze établissements de type EHPAD ont rejoint ce réseau avec des conventions. Il y a de fait une répartition des charges entre la CPAM et l'UFSBD, à hauteur de la moitié environ des établissements en convention pour chaque organisme. 33 chirurgiens dentistes ont adhéré à ce réseau, pour participer, animer et réaliser la prise en charge, et pour améliorer les conditions d'accès aux soins. Une unité mobile de soins spécialisée a été créée, le BuccoBus, qui va au contact des établissements pour permettre la réalisation des soins.

Le protocole d'évaluation a été élaboré avec l'aide de notre évaluateur externe. J'essaierai de vous présenter quelques résultats, puisque l'action a commencé en janvier. Nous en sommes à un peu plus de 9 mois et les données n'ont pas encore été traitées. Nous aurons une première évaluation intermédiaire au 31 décembre 2005.

Ce protocole d'évaluation a fixé trois buts principaux :

- montrer que ce réseau améliore la prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes, grâce notamment aux quatre indicateurs médicaux,
- montrer que l'action génère un travail de réseau, montrer son intérêt et le résultat des méthodes de travail et d'évaluation utilisées,
- montrer le coût de l'opération, à la fois pour la prise en charge - le coût des soins - et dans le fonctionnement général de la structure et de l'unité mobile.

Un document a été rédigé, qui détaille les objectifs d'évaluation, les critères pour les définir, les indicateurs pour y parvenir et, évidemment, les sources d'information et les outils de recueil à créer et à mettre en œuvre.

Concernant l'évaluation de l'amélioration de la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées, le but sera naturellement de connaître le nombre de personnes âgées prises en charge. On estime à 1 500 le nombre de personnes qui pourront bénéficier de ce réseau.

Il s'agira également de décrire la population prise en charge à l'aide d'un questionnaire : évaluer les caractéristiques sociodémographiques, le degré de dépendance - sur un échantillon de 300 résidents, on constate majoritairement des scores de dépendance très élevés, GIR 1 et 2, et une majorité de femmes - déterminer quelles sont les pathologies principales - en grande majorité, soit à presque 40 % dans ces EHPAD, la maladie d'Alzheimer - évaluer l'état bucco-dentaire, le recours aux soins ou les habitudes de recours aux

soins ces dernières années, et aussi analyser la perception subjective avec les attentes, la manière dont le brossage, l'hygiène, est appréhendé, les souhaits, et enfin analyser l'orientation en fonction de la typologie du réseau. En effet, à la suite d'une première évaluation, nous avons élaboré une typologie en trois grands groupes :

- **Groupe 1** : les patients qui n'ont pas besoin de soins bucco-dentaires,
- **Groupe 2** : les patients ayant besoin de soins bucco-dentaires qui peuvent être réalisés soit dans un cabinet dentaire libéral soit dans le buccobus,
- **Groupe 3** : les patients dont l'état de santé général, la dépendance et l'état de santé bucco-dentaire nécessitent une prise en charge spécialisée hospitalière.

L'évaluation devra déterminer les freins et obstacles à l'inclusion dans ce réseau expérimental. Le premier frein que nous avons d'ores et déjà évalué est le problème des tuteurs : difficulté à contacter les familles, à obtenir les autorisations. Il y a aussi une multiplicité de documents obligatoires, puisqu'il nous faut une autorisation de la CNIL pour les données, le consentement de participation au réseau, le consentement d'autorisation de réalisation des soins, etc. Tous ces documents qui s'accumulent, avec la nécessité de consulter à chaque fois les familles, constituent donc un véritable obstacle à cette inclusion.

On retrouve évidemment dans cette évaluation les quatre indicateurs médicaux choisis.

Nous avons essayé de rechercher les facteurs facilitant ou limitant la mise en place des protocoles d'hygiène dans les EHPAD. En effet, il existait déjà un protocole dans 20 % environ des EHPAD, qui n'était pas forcément mis en place. Même quand nous avons participé à la création d'un protocole, nous nous sommes rendus compte qu'il y avait, au début, des blocages. Nous avons essayé de comprendre d'où ils venaient et comment nous pouvions travailler dessus.

Nous avons ensuite recherché les modifications de comportement des soignants, en référence à nos objectifs médicaux.

Nous avons évalué la méthode de travail pour cette prise en charge individuelle, c'est-à-dire le fait de faire une évaluation des besoins de l'accès aux soins avant de coordonner la prise en charge avec un outil spécialisé, le BuccoBus. Et ce afin de voir si cet outil est efficace, s'il répond aux attentes et aux besoins de cette population, si l'on peut l'améliorer ou si d'autres solutions sont envisageables.

Pour ce faire, nous avons utilisé un certain nombre de questionnaires, aussi bien pour les chirurgiens dentistes que pour les personnels encadrants, les familles, les directeurs d'établissements. Nous avons mis en place des réunions de coordination avec le médecin coordinateur de l'établissement, pour favoriser la circulation de l'information médicale, améliorer les conditions de prise en charge, l'intérêt des protocoles d'hygiène - sont-ils adaptés, bien suivis, comment pourrait-on encore les améliorer ? - et essayer autant que faire se peut d'évaluer la satisfaction des personnes âgées, même si l'on a affaire à un public de personnes dépendantes.

En ce qui concerne l'évaluation de la création et de l'animation de notre réseau, le but est de valider l'intérêt de la cellule de coordination, la manière dont elle est organisée, dont elle travaille, dont elle répond aux attentes des membres du réseau. Il s'agit également d'évaluer les formations que nous avons organisées, aussi bien à destination des chirurgiens dentistes que du personnel : sont-elles pertinentes, sont-elles cohérentes avec les objectifs que nous nous étions fixés, les outils de mise en place étaient-ils efficaces, ont-elles porté leurs fruits ? Il s'agit également d'évaluer l'apport du réseau en fonction des objectifs fixés par les professionnels d'EHPAD et les chirurgiens dentistes que nous avons interrogés : qu'attendaient-ils de nous, sont-ils satisfaits de notre démarche ?

Le troisième volet de notre évaluation est celui de l'aspect économique de l'action. Cette action bénéficie en effet d'un budget de fonctionnement

assez lourd. Ce qui implique d'évaluer le contenu et le coût de la prise en charge bucco-dentaire, le coût en volume d'actes, en coût des actes, évidemment le montant de remboursement, mais aussi le nombre de forfaits réalisés. Car, comme nous sommes dans un fonctionnement de type réseau, nous avons créé des actes expérimentaux non inscrits à la nomenclature, avec notamment trois actes particuliers : une consultation spéciale " personne âgée dépendante ", qui se monterait à 40 € au lieu de 20 €, avec un questionnaire à remplir et deux forfaits de soins spécialisés, l'un sur le nettoyage/détartrage des prothèses amovibles et le marquage par une puce électronique, afin de favoriser l'entretien et l'hygiène dans les établissements, et l'autre de rebasage des prothèses amovibles, car nous nous sommes rendus compte que nous avons affaire à une population déjà appareillée à plus de 50 % par une prothèse amovible, mais qui nécessite une adaptation. Un forfait rebasage en méthode directe a donc été créé. Il s'agit donc d'évaluer le coût de ces forfaits et leur utilisation, bien entendu également d'évaluer le coût de fonctionnement du réseau et de l'unité mobile de soins : est-elle pertinente, avons-nous d'autres possibilités ? Pour communiquer quelques chiffres, l'unité mobile de soins est une structure qui coûte en création un peu plus de 200 000 €. Elle représente donc un investissement qui nécessite d'être évalué, pour déterminer si elle peut être ou non reproduite.

Le but de cette évaluation que nous sommes en train de mettre en place et dont les résultats finaux sont attendus pour décembre 2006 est d'évaluer l'impact réel de cette expérimentation, son coût, afin de valider notre modèle spécifique de prise en charge de cette population et d'essayer d'en réaliser l'extension à d'autres départements. C'est également de monter un dossier de financement de type " dotation régionale de développement des réseaux " pour pérenniser le fonctionnement du réseau.

## QUESTIONS

### Un intervenant de la salle

*Vous nous avez parlé d'une baisse et d'une augmentation d'un certain nombre d'indicateurs. Avez-vous fait un état des lieux avant ?*

### Dr. Julien LAUPIE

*Oui, nous avons réalisé un premier passage dans l'établissement pour évaluer l'état de santé bucco-dentaire avant la prise en charge.*

### Le même intervenant de la salle

*Cela a donc été fait.*



### Dr. Julien LAUPIE

*En réalité, nous avons fonctionné selon les établissements. Nous n'avons, par exemple, pas fait toutes les phases A, donc le planning est décalé. Nous avons déjà réalisé une évaluation des besoins dans certains établissements et déjà mis en place la coordination de la prise en charge, et nous allons débiter l'évaluation dans d'autres établissements. A chaque fois, dans chaque établissement, nous évaluons les besoins et les conditions d'accès aux soins avant de mettre en place la coordination de la prise en charge, afin d'avoir une donnée instantanée de cet état de santé.*

### Un intervenant de la salle

*Y a-t-il un taux de refus de ces personnes âgées à ce genre de prise en charge ?*

### Dr. Julien LAUPIE

*Au début, nous avons connu 80 % de refus, de non réponse des familles dans certains établissements. Nous avons eu très peu de refus directs signés, mais plutôt des difficultés à obtenir l'autorisation. C'était le cas dans les deux premiers mois du projet. Actuellement, dans les derniers établissements qui nous ont rejoints, nous sommes plutôt à des taux de 60 %, 70 %, 80 % de participation des résidents au projet.*

# REMISE DU PRIX FRANÇOISE ROTH

## Pr. Nadine FOREST

Il est naturellement très agréable d'avoir cette charge de remettre le prix Françoise ROTH qui encourage les étudiants dans une démarche de Santé publique. Ceci me permet d'avoir une pensée émue, pensée permanente et qui me suit maintenant dans ma vie, pour Françoise, que nous regrettons un peu plus chaque jour.

Pour la remise de ce prix je suis accompagnée de Mme Nathalie LORENTZ Directrice de la Division collectivités de la Société Henry SCHEIN. En effet la Société Henry SCHEIN est associée à ce prix et nous permet d'avoir le plaisir de récompenser les lauréats avec un chèque.

Cette année, exceptionnellement, le Comité scientifique n'ayant pu les départager pour leur qualité a décidé d'attribuer ce prix conjointement à deux travaux. Les Lauréates sont Mlles Stéphanie BOUVET-GERBETTAZ et Annabelle TENENBAUM.



## Mlle Stéphanie BOUVET-GERBETTAZ

Je viens de terminer mon internat à la Faculté de Chirurgie dentaire de Nancy. Ce travail a été réalisé avec le service d'Odontologie du CHR de Metz-Thionville. Nous avons mené une étude sur la santé bucco-dentaire de patients hospitalisés en unité de soins gériatriques, unité de soins longue durée (U.S.D.L) et service de soins de suite et de réadaptation (S.S.S.R), au sein du CHR de Metz-Thionville, qui a permis une évaluation aussi bien de l'état bucco-dentaire que des différents besoins de ces patients en terme de soins. L'objectif était l'amélioration de la santé buccale des personnes âgées institutionnalisées.



## Mlle Annabelle TENENBAUM

Je viens d'achever mes études à la Faculté de Chirurgie dentaire Paris V. J'ai suivi en parallèle un DEA d'éthique médicale et de médecine légale à l'université Paris V. Mon travail de DEA portait sur la relation entre les médecins et les chirurgiens dentistes dans la prise en charge du patient dans le cadre d'un réseau de santé. En deux mots, il s'agissait d'étudier la perception qu'ont les médecins des problèmes bucco-dentaires de leurs patients, et celle qu'ont les chirurgiens dentistes des problèmes de santé générale de leurs patients. Ce travail a été effectué sur la base de questionnaires, que j'ai élaborés, auprès de dentistes et de médecins.



# PRESENTATION DU PRIX SOHDEV

## **Dr. Eric-Nicolas BORY**

*Chef du Service d'Odontologie - Hôpital  
Le Vinatier - Bron (69) - Président de SOHDEV*

SOHDEV (Santé Orale, Handicap, Dépendance et Vulnérabilité) est une unité de recherche clinique à laquelle participent des chirurgiens dentistes, des médecins de rééducation fonctionnelle, des bio-statisticiens, des informaticiens, des médecins de santé publique. Cette unité d'épidémiologie clinique a été accréditée par un réseau de recherche clinique, le RECIF (Réseau d'Epidémiologie Clinique International Francophone), lui-même en relation avec l'INCLEN (International Clinical Epidemiology Network), sans doute le plus important réseau dans le monde pour mettre en oeuvre des études de recherche clinique dans les pays émergents et dans les pays développés. Depuis quelques années, le laboratoire PIERRE FABRE est partenaire du programme de recherche SOHDEV et lui apporte un soutien logistique et financier.

En 2005, le PRIX SOHDEV - PIERRE FABRE ORAL CARE a été créé pour encourager la recherche clinique en direction des personnes handicapées, des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de vulnérabilité et apporter une aide à de jeunes chercheurs. La vulnérabilité ne concerne pas seulement les personnes en situation de précarité mais toutes les personnes médicalement fragiles ; nous en avons longuement parlé au cours de cette journée.

Le Prix SOHDEV-PFOC est destiné également à favoriser le développement de nouveaux thèmes de recherche, plus particulièrement dans une approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. L'évaluation des travaux portera sur la qualité méthodologique des protocoles qui seront mis en place et leur originalité.



Je remercie particulièrement les membres du Conseil scientifique qui ont bien voulu accepter d'évaluer les travaux. Cela surajoute à leur travail mais leur réputation est très importante pour cautionner ce prix.

## **Dr. Marc WATTS**

*Directeur Médical - Pierre Fabre Oral Care*

Pierre Fabre Oral Care est un laboratoire entièrement dédié à l'univers bucco-dentaire depuis de très longues années. Depuis longtemps, nous avons à cœur d'apporter une production scientifique de qualité, qui démontre l'intérêt de notre laboratoire et de ses produits. Nous sommes membres de l'ASPBD depuis sa création, ainsi notre intérêt pour le bucco-dentaire va du patient sur le fauteuil jusqu'à sa dimension de santé publique. Il était donc tout à fait normal que nous soyons partenaires de ce genre d'expérimentation, de ce genre de programme, et c'est donc tout à fait naturellement que nous accompagnons SOHDEV pour ce qui sera probablement l'un des grands défis de la santé bucco-dentaire, dans tous les sens du terme, dans ce 21ème siècle, le soin aux personnes âgées et aux personnes dépendantes en général.

# RESUMES DES POSTERS

La santé bucco-dentaire dans les Centres d'examens de santé chez les adultes de 35 à 44 ans

**C. Dupré, R. Guéguen, E. Roland.**

*Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé (Cetaf) - Saint-Etienne*

## Introduction

Les maladies bucco-dentaires peuvent être qualifiées de problèmes de santé publique majeurs en raison de leurs coûts, de leur prévalence et de leurs effets en terme de douleur, de déficience fonctionnelle et de détérioration de la qualité de vie.

L'objectif est de rechercher les facteurs de risque d'un mauvais état de santé dentaire des adultes reçus dans les Centres d'Examens de Santé.

## Méthodes

L'étude porte sur 527 906 adultes de 35-44 ans examinés entre 1999 et 2003 dans les Centres d'Examens de Santé (examen bucco-dentaire complet réalisé par un dentiste). Cinq indicateurs bucco-dentaires sont analysés : indice CAO, absence de dents, présence d'au moins une carie, insuffisance masticatoire et présence de gingivite. L'indice CAO est la somme des dents cariées, absentes, obturées ou remplacées par des prothèses adjacentes ou conjointes. Les dents absentes sont la somme des dents absentes non remplacées et des prothèses adjacentes. L'insuffisance masticatoire est mesurée par la présence de moins de 5 couples molaires prémolaires en antagoniste.

Les résultats sont stratifiés par sexe et situation de précarité. Les méthodes statistiques utilisées sont des calculs de moyennes et de prévalences. Les régressions logistiques analysent les relations entre les indicateurs dentaires et les facteurs de risque potentiels : âge, CSP, région, alcool, tabac... L'évolution des indicateurs dentaires est étudiée entre 1999 et 2003.

## Résultats

Certaines modalités des facteurs explicatifs augmentent significativement le risque de mauvais état bucco-dentaire : fumeur, buveur, ouvriers, plaque bactérienne, tartre abondant. Par exemple, être fumeur est lié à une augmentation du risque d'avoir plus de 4 dents absentes : OR Hommes (Fumeur précaire/Non fumeur non-précaire) = 2.24 [2.15 ; 2.33]. L'abondance du tartre est associée à la présence de gingivite : OR (Tartre très abondant/Pas de tartre)  $\geq 20$ . Les personnes en situation de précarité ont plus de risques que les non-précaires d'avoir une des pathologies dentaires. Ainsi, pour l'insuffisance masticatoire chez les hommes, OR (Précaire/Non-précaire) = 1.86 [1.78 ; 1.94]. Pour la gingivite seule, les précaires et non-précaires sont peu différents.

## Conclusion

Les indicateurs de santé dentaire sont liés à des facteurs socio-économiques, d'habitudes de vie ou d'hygiène dentaire. Cette étude montre l'intérêt de la mise en place d'un observatoire de la santé bucco-dentaire dans les Centres d'Examens de Santé, permettant de mettre en relation la santé bucco-dentaire avec le mode de vie, l'état de santé, et de proposer des décisions adaptées.

## Santé bucco-dentaire et gériatrie : étude de patients hospitalisés dans une unité de long séjour

**S. Bouvet-Gerbettaz; H. Moizan; E. Gerard**

*Département d'Odontologie - CHR de Metz-Thionville*

### Contexte

Les personnes âgées institutionnalisées dépendantes présentent des états dentaires très préoccupants. Les différentes affections bucco-dentaires peuvent mener à la désocialisation de la personne et à la dénutrition responsable de troubles métaboliques.

### Objectifs

Une étude conduite par le département d'Odontologie du CHR de Metz-Thionville permet de réaliser un état des lieux de la santé bucco-dentaire des patients hospitalisés dans les centres de long et de moyen séjour de ce CHR.

### Matériels et méthodes

Pour la partie concernant l'état de santé générale de ces pensionnaires, différents paramètres ont été étudiés : pathologies et leurs traitements associés, leur degré d'autonomie ainsi que leurs doléances. Un examen clinique de la cavité buccale a permis de mesurer l'hygiène bucco-dentaire et le niveau d'inflammation gingivale, le nombre de dents présentes et leur état, ainsi que la présence de prothèses et leur adaptation.

### Résultats

Nos données descriptives sont cohérentes avec les autres enquêtes et nos résultats reflètent les tendances décrites. L'état de santé bucco-dentaire de cette population est très préoccupant puisqu'il reste en moyenne 9,7 dents par sujet, que 30% des pensionnaires ont besoins de soins et 50%

d'extractions. Une personne sur trois est édentée totale. Ces chiffres sont comparables aux données de l'étude menée dans l'Essonne en 2000, ainsi que celle menée en 2004 dans la région de Poitou-Charentes.

Ces résultats sont inquiétants, compte tenu de l'incidence des foyers infectieux sur l'état de santé général de personnes déjà affaiblies. D'autres investigations sont à conduire pour optimiser la prise en charge globale de ces patients.

### Conclusion

L'influence de la perte d'autonomie sur la santé bucco-dentaire de ces patients est patente. Les besoins préoccupants en termes de santé bucco-dentaire de cette population suggèrent la mise en place de mesures spécifiques et notamment l'instauration d'une consultation systématique pour chaque admission dans un service de gériatrie.



## De l'évaluation de l'état de santé orale d'une population à la planification d'un programme de santé publique dentaire

### Application des méthodes OMS dans le Sud-Ouest du Burkina Faso

**B. Varenne<sup>1</sup>, S. Ouattara<sup>2</sup>, P.E. Petersen<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> *Aide Odontologique Internationale - Paris*

<sup>2</sup> *Ministère de la Santé - Ouagadougou - Burkina Faso.*

<sup>3</sup> *Organisation Mondiale de la Santé - Unité santé bucco-dentaire - Département de prévention des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé - Genève - Suisse*

#### Objectifs

Cette étude avait pour but de constituer une base de données fiables et standardisées pour la mise en œuvre d'un programme de prévention et de promotion en santé bucco-dentaire. Elle avait pour objectifs : 1) d'analyser l'état de santé bucco-dentaire des enfants et des adultes en milieu rural et en milieu urbain, 2) d'évaluer leur niveau de connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé bucco-dentaire, et 3) d'estimer l'effet des facteurs de risque socio-démographiques et comportementaux potentiels sur leur état de santé dentaire.

#### Méthodologie

Une technique de sondage stratifiée par grappes et des indicateurs socio épidémiologiques préconisés par l'OMS ont été appliqués à des âges et/ou classes d'âge de référence : 6 ans (n = 424), 12 ans (n = 505), 18 ans (n = 492) et 35-44 ans (n = 493). Une formation des enquêteurs suivie de tests de calibration a été réalisée. Les examens cliniques ont concerné les 4 groupes d'âge et les entretiens ont été réalisés auprès des enfants de 12 ans et des adultes entre 35 et 44 ans.

#### Résultats

A l'âge de 6 ans, 38 % des enfants avaient des caries avec une prévalence plus importante en milieu urbain. La prévalence et le degré de gravité de la carie dentaire pour les 3 autres groupes d'âges s'établissaient à des niveaux comparables à ceux de nombreux pays africains. Le nombre moyen de dents cariées (DC) constituait la part essentielle de l'indice global DCAO et traduit un accès quasi inexistant à des soins dentaires. L'état parodontal était caractérisé par des niveaux très élevés de saignements gingivaux et de présence de tartre dès le jeune âge et en particulier chez les

personnes qui vivent en milieu rural. Ces états parodontaux traduisent des pratiques d'hygiène orale individuelle déficientes. La présente étude a aussi montré que le niveau des CAP en santé bucco-dentaire était faible. Les connaissances sur les bénéfices du fluor et l'utilisation de pâtes dentifrices fluorées étaient très faibles et variaient significativement selon le lieu de résidence et le sexe. Le bâtonnet frotte-dents restait pour une majorité d'individus, l'outil d'hygiène le plus utilisé. Les résultats qui concernent les facteurs de risque socio-démographiques ont montré que c'est le fait de vivre en ville chez les enfants de 12 ans qui est fortement associé à une prévalence et à un niveau de gravité élevés de la carie. Chez les adultes, ces mêmes indices sont corrélés, au fait de bénéficier d'un niveau d'éducation élevé, d'être fonctionnaire ou d'être de sexe féminin.

#### Conclusion

Les résultats de l'étude soutiennent l'hypothèse d'une augmentation de la prévalence et de la gravité de l'affection dans les groupes de populations urbaines sans distinction de classes sociales chez les enfants. Dans ce contexte, la priorité devrait être donnée à des approches préventives et promotionnelles plutôt qu'à des stratégies curatives coûteuses et peu efficaces. La recherche-action menée par le Ministère de la Santé du Burkina Faso et l'AOI dans la zone de l'étude s'inscrit dans cette dynamique. Elle consiste à développer : 1) un programme d'éducation pour la santé (en priorité en milieu scolaire) accompagné de la mise en place d'un réseau de distribution de pâtes dentifrices fluorées accessibles financièrement ; 2) un programme de formation d'infirmiers en vue de proposer aux populations rurales un paquet minimum d'activités en santé bucco-dentaire ciblé sur le soulagement de la douleur ; 3) un programme de formation des chirurgiens dentistes en santé.

## Phobies dentaires : description et prise en charge

**O. Hamel, H-P Nguyen Trong**

*U.F.R d'Odontologie - Université Paul Sabatier - Toulouse*

Cette présentation est le compte-rendu d'un travail de thèse encadré dans le département.

L'odontophobie toucherait 5% de la population mais ce chiffre est incertain car l'attitude d'évitement domine. Cette phobie spécifique représente un véritable " handicap invisible " pour les patients dont la santé bucco-dentaire se détériore.

La description du patient odontophobe permet de comprendre et d'évaluer la problématique.

Un moyen particulier d'évaluation du trouble est détaillé : l'échelle d'anxiété face aux soins dentaires de N.L. Corah.

Les différentes possibilités de prise en charge sont ensuite évoquées en comparant les attitudes de différents pays.

La conclusion porte sur la question de l'égalité de chance face à l'accès aux soins.

## Santé bucco-dentaire et santé mentale : évaluation de l'influence des psychotropes chez une population de patients hospitalisés en secteur psychiatrique

**R. Curien<sup>1</sup>, H. Moizan<sup>1</sup>, S. Rouchiche<sup>2</sup>, S. bergmann<sup>2</sup>, E. Gerard<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Département d'Odontologie - CHR de Metz-Thionville*

<sup>2</sup>*CHS de Jury Les Metz*

Les patients en milieu psychiatrique s'avèrent vulnérables sur le plan bucco-dentaire, par leur pathologie et par un traitement entraînant une baisse du flux et du pH salivaires.

Cette étude dresse un état des lieux de la santé bucco-dentaire des patients du CHS de Jury-les-Metz et évaluera les relations entre celle-ci et les thérapeutiques psychotropes.

### Matériel et méthode

Etude statistique de l'état de santé bucco-dentaire (CAO, prothèses), mis en relation avec le nombre de psychotropes et le pH buccal.

### Résultats

L'hygiène bucco-dentaire est irrégulière dans 59,32 % des cas.

L'indice CAO est de 16,36. Dans la majorité des cas, les prothèses adjuvantes sont absentes ou inadaptées. On observe également des abrasions par bruxisme, des myolyses, des morsures muqueuses et des lésions liées aux infections mycosiques. Le pH buccal est en moyenne de 6,1.

### Discussion

L'indice CAO est supérieur à celui de la population générale et s'expliquerait par une difficulté de prise en charge de ces patients, la précarité et les troubles salivaires. On objective en effet un pH plus bas que la moyenne. Il existe une relation statistique entre l'indice CAO et le nombre de psychotropes reçus.

L'hyposialie est responsable de mycoses buccales et nuit à l'adhérence des prothèses.

Les traitements psychotropes, en particuliers les neuroleptiques, sont responsables d'effets extrapyramidaux entraînant des morsures buccales et un bruxisme.

### Conclusion

Cette étude met en évidence un besoin en soins curatifs (dominés par la prothèse et les extractions), la nécessité d'un renforcement de l'hygiène bucco-dentaire et de la prévention (ou palliation) de l'hyposialie et des dyskinésies.

Il serait donc souhaitable qu'une organisation spécifique soit mise en place, assurant un suivi régulier et une meilleure information des soignants et des soignés.

## La Santé bucco-dentaire des jeunes franciliens de moins de 20 ans. Des constats de l'an 2000 aux chiffres de 2005

**S. Galtier, P. Albertini, E. Baillon-Javon, M.C. Pirlet**

*Service médical et C.P.A.M du Val-d'Oise - C.N.A.M.T.S*

### Contexte

En 2000, l'URCAMIF a initié un programme de prévention bucco-dentaire ciblé sur les 0 - 11 ans, appelé ARCADE et ayant pour objectif de soutenir une dynamique d'ensemble en mutualisant les compétences, expériences et ressources des acteurs locaux. Pour garantir des pratiques de qualité, de cohérence et de bonne utilisation des ressources, un système de labellisation a été créé, comportant des cahiers des charges pour 3 types de labels selon l'âge des enfants ciblés. Les choix d'Arcade sont : l'harmonisation des niveaux d'action, la cohérence des messages et des pratiques, un temps de dialogue suffisant avec chaque enfant, les relances aux parents pour le recours aux soins. En 2005, un premier bilan de la mise en place d'ARCADE peut être réalisé.

### Matériel et méthodes

Tableau de suivi des labellisations : nombre de dispositifs, de familles et d'enfants concernés  
Indicateurs de moyens (humains, matériels)  
Indicateurs de résultats (indices carieux et recours aux soins après dépistage).  
Mesure de la consommation dentaire à partir des bases informatiques de l'Assurance Maladie

### Résultats

- Montée en charge du programme : 42 dispositifs labellisés entre juillet 2003 et juin 2005 sur l'ensemble des départements de l'Ile de France
- Taux de couverture au 30 juin 2005 : Label I : 28% - Label IES : 61 % - Label IDES : 19 %
- La synthèse régionale à partir des fiches d'évaluation des dispositifs montre :
  - La formation de nombreux relais, l'utilisation d'outils pédagogiques pertinents et performants, la mobilisation d'équipes pluri-disciplinaires,

- La concentration de l'atteinte carieuse chez les enfants des populations défavorisées (CAO mixte moyen en CM) supérieur à 2 en ZEP, contre 1 à 1.5 hors ZEP),
- Le doublement du % de recours aux soins après un 2e dépistage en classe (passant de 30/40 % après les relances du 1er passage à plus de 70% après le 2ème passage).
- Evolution 1999-2004 de la consommation dentaire :
  - Une consommation dentaire en augmentation de 0.5 à 8.5 points selon les tranches d'âge, qui traduit un réel changement de comportement des assurés par rapport au suivi bucco-dentaire des jeunes. Trois facteurs peuvent avoir joué un rôle dans cette amélioration : le contexte général, la CMUC, les dispositifs de prévention.
  - Une structure de consommation plus orientée vers les actes préventifs : parmi les jeunes ayant consulté, on observe une nette augmentation de ceux qui ont bénéficié de consultation et une diminution des actes techniques (soins et chirurgie). De 17 à 19 ans, ils sont 24.3% en 2004 contre 10% en 1999 à avoir bénéficié d'un BBD.
  - Un impact des dispositifs de prévention sur la réalisation des soins précoces : dans les communes où fonctionne un dispositif de prévention, le pourcentage de consommateurs est égal au double de la moyenne départementale.

### Conclusions

1. La prise en charge de la santé bucco-dentaire des jeunes de moins de 20 ans est en progrès sur l'Ile de France par un recours plus important à la prévention et aux soins précoces.
2. Le programme ARCADE a atteint son 1er objectif d'harmonisation. Les promoteurs d'actions de prévention ont parfaitement adhéré aux critères de qualité exigés et à la volonté de cohérence à l'échelle de la région.

3. En devenant pérenne, ARCADE espère atteindre son 2ème objectif de généralisation de la prévention bucco-dentaire, particulièrement dans les zones de précarité.

4. Le programme continue d'évoluer avec des audits de suivi du fonctionnement des dispositifs labellisés et une incitation et une aide à la mise en place de réseaux de santé (pour améliorer l'offre de soins aux enfants)

## Expérimentation de programme de promotion de santé et de prévention en milieu scolaire à Madagascar

**N. Razanamihaja<sup>1</sup>, P.E. Petersen<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Université de Mahajanga, Madagascar*

<sup>2</sup> *Université de Copenhague, Danemark. DMS, Genève*

En 1996, les résultats d'une enquête nationale sur l'état de santé bucco-dentaire de la population malgache ont révélé que 85% des enfants âgés de 6 ans souffraient de caries dentaires. Chez les enfants de 12 ans l'indice CAO était l'un des plus élevés de la zone Afrique avec 3,1 DCAO. La mise en place d'un programme expérimental de promotion et de prévention s'avérait urgente. Il s'agissait d'une intervention communautaire qui nécessitait l'application d'une stratégie de recherche épidémiologique évaluative visant à déterminer l'efficacité ou l'impact d'un programme.

La population cible de cette expérience était les enfants scolarisés. Nous avons suivi deux cohortes d'écoliers de classe préparatoire (âgés de 5-6ans) sélectionnées de façon pragmatique incluant tous les élèves d'une même classe.

Ont été choisies deux écoles primaires de situation socio-économique similaire dont, l'une était l'école pilote et l'autre l'école témoin.

### Méthodologie de recherche

Avant le programme (Temps 1), et après 3 ans d'expérimentation (Temps 2), nous avons fait :

1) une analyse de la connaissance et des habitudes de santé des parents et des instituteurs, tous deux, considérés comme personnes clés de ce programme.

2) un examen clinique : tous les élèves ont été examinés cliniquement et l'indice scao était utilisé pour mesurer l'état de santé des dents. Tandis que pour l'état parodontal nous n'avions noté que la présence de saignement et de tartre.

Comme activités, les élèves du groupe expérimental se brossaient les dents à l'école une fois par jour sous la surveillance des instituteurs et bénéficiaient d'un programme d'éducation pour la santé ainsi que leurs parents. Les instituteurs ont été formés pour assurer des rôles dans la transmission de messages de santé.

Evaluation : Les résultats du premier examen ont été comparés avec ceux de l'évaluation.

### Résultats

(0,70 SCAO -1,35 SCAO = -0,65 SCAO, à P<0,01

### Discussion

L'effet du programme a été une faible augmentation de nombre de surfaces CAO chez les élèves des écoles expérimentales et la différence était significative au seuil de signification de 99%.

Les connaissances, attitudes et pratiques des parents et des enseignants vis à vis des maladies dentaires et de leur prévention ont également beaucoup évolué.

## Etat bucco-dentaire et statut nutritionnel de la personne âgée en institution. Quelle importance doit-on lui donner dans le phénomène de dénutrition ?

Protocole d'étude établi pour le groupe hospitalier Sainte-Périne, Rossini, Chardon-Lagache (Paris)

**J.C. Tavernier, M. Folliguet, K. Agdern, J. Crepin, C. Gatti, L. Titon, M. Wolikow**

*U.F.R d'Odontologie - Université Paris V*

### Contexte

Les personnes âgées hospitalisées ont un statut nutritionnel précaire et des études épidémiologiques montrent que la fréquence de dénutrition est supérieure à 50%.

La littérature s'est souvent employée à faire saillir une relation entre dénutrition et santé bucco-dentaire, mais elle s'est toujours confrontée aux difficultés d'un trop grand nombre de facteurs à prendre en compte et au manque de discernement entre dénutrition exogène et endogène.

### Méthodologie

Après une présentation du groupe hospitalier et de la population, nous évoquerons les différents

outils à notre disposition pour évaluer l'état bucco-dentaire et le statut nutritionnel.

Dans un second temps nous préciserons les éléments retenus pour l'étude spécifique de Sainte-Périne.

Ne seront retenus pour cette étude que le schéma dentaire, la détermination de l'efficacité masticatoire et l'indice d'Eichner, et pour l'évaluation de l'état nutritionnel, la taille, la variation de poids, l'albuminémie, la CRP (selon certaines conditions), la transthyrétine .

Le déroulement de cette enquête consiste en un suivi de cohorte pendant un an avec 4 passages à 4 mois d'intervalle. Les aspects éthiques seront évoqués ainsi que les bénéfices directs pour les patients.

## Etude sur les traumatismes dento-maxillaires dans trois clubs de hand-ball du département de Seine-Saint-Denis

**F Laborde, V. Muller, A. Szwarc, J.C. Tavernier, I. Carle-Villa**

*U.F.R d'Odontologie - Université Paris V*

### Contexte

Cette enquête fait suite à l'étude de Tavernier, Tardivon, sur les traumatismes dento-maxillaires au cours des pratiques sportives.

### Méthodologie

Après un rappel des résultats nous présenterons le cadre de l'enquête, sa préparation, son déroulement et son intérêt.

Les données générales et sportives relevées au cours de ce travail sont identiques à celles de l'étude de référence : âge, sexe, taille, poids, niveau scolaire, indices de pratique sportive, port de protection dento-maxillaire, type et les raisons du " non port " de telles protections.

Les données dentaires sont classiquement: les dysmorphoses, les classes d'Angle, le nombre de dents cariées, la présence de facettes d'usure, le bruxisme.

Les traumatismes sont définis par des critères de localisation, de type, d'importance ...

### Résultats

Les résultats quelque peu discordants avec les résultats précédents montrent la toute relativité de la nécessité de protection dento-maxillaire dans l'exercice du hand-ball.

## Evaluation de l'action menée en grande section dans 15 écoles parisiennes, par la CPAM de Paris en 2004/2005

**A. Sisso, N. Caparros, D. Brunel, N. Paul, C. Saintier, F. Marchand-Buttin, F. Toury**

*I.P.D.I - C.P.A.M de Paris*

### Contexte

L'Institut de Prophylaxie Dentaire Infantile, en continuité avec ses actions de prévention bucco-dentaire sur l'est parisien a introduit en 2004/2005 une expérience de brossage en maternelle en collaboration avec le service de santé scolaire de la ville de Paris.

### Objectifs

Evaluer l'impact d'une action en milieu scolaire sur l'apprentissage des gestes de brossage.  
Evaluer la faisabilité et la reproductibilité de cette action.

### Méthode

La population concernée était constituée des enfants des classes de Grande Section de l'est parisien. Les écoles constituant l'échantillon ont été sélectionnées à partir des données du dépistage en Moyenne Section. Les 15 écoles les plus atteintes ont été retenues. L'action s'est déroulée en 4 étapes :

- formation des relais scolaires par les chirurgiens dentistes,
- passage des chirurgiens dentistes dans les classes pour une éducation bucco-dentaire, puis évaluation individuelle des indicateurs retenus (Hygiène, tenue de la brosse à dents, motricité et bilatéralité) (T0) suivi d'une démonstration de brossage.
- mise en œuvre d'au moins 2 séances de brossage hebdomadaire par l'équipe pédagogique.
- évaluation 4 mois plus tard (T1).

Parallèlement au brossage un support pédagogique ludique a été proposé aux enseignants pour le travail en classe.

### Résultats

L'échantillon comportait 15 écoles, soit 463 enfants présents aux 2 temps de l'évaluation. L'amélioration de la bilatéralité est importante (+ 42,5%) ainsi que celle de la tenue de la brosse à dents (+ 35%) et de la motricité (+ 28,5%). 22 questionnaires ont été retournés par les enseignants. Tous ont déclaré être satisfaits de l'action et ont observé une bonne réceptivité de la part des enfants.

### Discussion

Les résultats montrent une progression réelle de l'enfant surtout dans les domaines impliquant un apprentissage (tenue de la brosse, bilatéralité) ce qui ne peut pas être imputé à une évolution naturelle de sa motricité. Le support scolaire a reçu un bon accueil.

Les limites éventuelles à l'extension de cette action en Grande Section sont :

- contraintes concernant les locaux,
- temps à investir dans l'action : pour les enfants comme pour l'équipe pédagogique,
- nécessité d'obtenir le consentement des familles.

## Consommation de soins dentaires des plus de 65 ans : étude exhaustive dans les Hauts de Seine

M. Folliguet<sup>1</sup>, E. Bert<sup>2</sup>, J.L. Leroux<sup>2</sup>, B. Trutt<sup>2</sup> et al

<sup>1</sup>Service d'Odontologie, Hôpital Louis Mourier, AP-HP

<sup>2</sup>C.N.A.M-S.M.A.M.I.F

### Contexte

Toutes les enquêtes de consommation de soins bucco-dentaires montrent que le recours aux soins diminue avec l'âge alors que les besoins augmentent.

L'accroissement des besoins de soins tient aux éléments suivants :

- augmentation de l'âge d'une population qui n'a pas bénéficié, au cours de sa vie, de mesures préventives,
- augmentation des co-morbidités associées qui accroissent le risque de pathologies bucco-dentaires,
- prise de médicaments qui retentissent sur la sphère orale,
- handicaps qui empêchent une hygiène orale correcte,
- nécessité de recours à une tierce personne, peu disposée aux soins de bouche, non formée.

Freins au recours aux soins :

- difficultés de déplacement (mobilité, accès aux structures),
- taux de remboursement des prothèses,
- absence de besoin ressenti,
- absence de politique d'incitation aux soins.

De plus, les résultats d'enquêtes sur l'état dentaire et prothétique ne concernent pratiquement que les personnes institutionnalisées car il est difficile d'organiser des enquêtes à domicile. Les seules données à notre disposition concernent la cohorte Paquid et les données dentaires Paquident.

### Objectifs

Estimer la consommation de soins dentaires des patients, âgés de 65 ans et plus, résidant à domicile dans les Hauts de Seine.

### Méthodologie

Etude transversale réalisée à partir des données issues de la base de remboursement du régime général pour l'année 2004. Ces données sont recueillies de façon totalement anonymes tant vis-à-vis des patients que des professionnels de santé.

Population cible : personnes âgées de 65 ans et plus affiliées au régime général de l'assurance maladie.

L'objectif est de connaître les caractéristiques de cette population, d'établir un état des lieux de leur consommation de soins dentaires et de les comparer avec les non consommateurs.

Variables recueillies :

- caractéristiques de la population,
- co-morbidités appréhendées par la consommation de certaines spécialités pharmaceutiques,
- actes dentaires,
- spécialistes réalisant ces actes.

Taux de recours aux soins : c'est le nombre d'assurés ayant bénéficié d'au moins une prestation pendant la période donnée/nombre total d'assurés de plus de 65 ans.

### Résultats

La synthèse des résultats sera faite au cours de l'été.

### Conclusions

Le besoin de soins dentaires dans la population âgée est objectivement important mais il ne constitue pas une priorité. Il est donc important de mettre en œuvre une politique de santé publique pour cette population, politique qui doit s'adresser aussi bien aux personnes vivant à domicile qu'à celles qui sont en institution.

## Observation de la fréquence des intentions de soins en prothèses amovibles par âge et par nombre de dents

**C.Allouc, N. Leblanc, J.F. Tripodi**

*Ligne Claire - Rillieux-la-Pape - 69*

### Contexte et objectifs

Les campagnes de prévention bucco-dentaires réalisées chez les enfants semblent avoir montré leur efficacité. Qu'en est-il chez les adultes ? Cette étude a pour objectif à partir de notre base de données de devis dentaires analysés du deuxième semestre 2002 jusqu'au premier semestre 2005, d'étudier la répartition des prothèses amovibles selon l'âge. Nous avons également observé pour la même période, la fréquence des intentions de soins en prothèses amovibles par âge et par nombre de dents.

### Matériel et méthode

Notre population est composée de 3,3 millions d'adhérents et de leurs ayants droits, de trois mutuelles de fonctionnaires sur le territoire national. Parmi ceux qui ont consulté leur chirurgien dentiste, et qui ont un besoin en soins prothétiques, certains ont procédé à une analyse de devis par l'intermédiaire de Ligne Claire. C'est à partir de la collecte de 37682 devis de prothèses amovibles du 1er Juillet 2002 au 30 juin 2005, que nous avons mené cette étude.

### Résultats

1. La demande est déjà significative entre 31-40 ans. En effet, 4,18 % des intentions de soins en prothèses amovibles se situent dans cette tranche d'âge. Elle est maximale entre 51- 60 ans (30,37% des intentions de soins en prothèses amovibles).
2. Fréquence des intentions de soins en prothèses amovibles par tranches d'âge et par nombre de dents.

Prothèses amovibles de 1 à 5 dents : l'intention de soins démarre de façon significative entre 31-40 ans. Elle est maximale entre 51-60 ans. La demande diminue ensuite progressivement avec l'âge.

Prothèses amovibles de 6 à 9 dents : on retrouve la même tendance que pour les prothèses amovibles de 1 à 5 dents.

Prothèses amovibles de 10 à 14 dents : la demande débute de façon significative entre 41-50 ans. Les 51-60 ans sont la tranche d'âge où l'intention de soins reste la plus importante. Pour les tranches d'âge supérieures (61-70 ans ;71-80 ans), la demande reste forte. Elle est plus élevée que pour les prothèses de 1 à 5 dents et de 6 à 9 dents, même si elle décroît au fur et à mesure de l'avancée en âge. Après 81 ans, la demande est plus faible que pour les 41-50 ans.

### Conclusion

Notre étude montre que les prothèses amovibles ne concernent pas uniquement les personnes âgées. En effet, plus de 50 % des intentions de soins concernent les 31-60 ans (52,11 % exactement).

Les hypothèses causales des pathologies à l'origine de la perte des dents chez l'adulte doivent être étayées par des études complémentaires qui permettront de mener des campagnes de prévention bucco-dentaire pertinentes.



## Santé dentaire d'enfants ayant bénéficié d'une intervention de diététique

**M. Weissenbach<sup>1</sup>, N. Gabard<sup>2</sup>, A. Devillers<sup>2</sup>, J. Declercq<sup>2</sup>, C. Meaux<sup>2</sup>, O. Artis<sup>1</sup>, C. Clément<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> U.F.R d'Odontologie - Université Henri Poincaré - Nancy

<sup>2</sup> U.F.R d'Odontologie - Université Lille 2

Afin d'instaurer de saines habitudes alimentaires pour l'ensemble de leur population, des programmes de diététique ont été mis en place en 1992 à Laventie-Fleurbaix (62), deux communes totalisant 2364 habitants. Grâce à cette intervention, les familles volontaires ont bénéficié d'une évaluation de leurs habitudes diététiques et de conseils. Des programmes scolaires d'éducation diététique ont été régulièrement dispensés dans les écoles. Le but de ce travail a été d'évaluer la prévalence des phénomènes de santé bucco-dentaire pour les enfants des classes primaires de ces communes.

En 2004 les enfants de 8, 9 et 10 ans (257) ont été soumis à un examen dentaire, à une visite médicale et à un questionnaire portant sur la diététique et les habitudes d'hygiène. N'ont été exploitées que les données provenant des enfants ayant complété leur questionnaire (N = 177). La santé dentaire des enfants de 9 ans (n = 65 enfants) a été comparée à celles d'une étude " témoin " réalisée dans le département du Nord à

l'aide des mêmes critères cliniques. Les résultats du questionnaire ont été confrontés aux données dentaires.

Le CAO à 9 ans était de 1,22 dents ;  $\sigma = 1,43$ . Le cod s'élevait 1,66 dents,  $\sigma = 2,41$ . Les données de prévalence étaient identiques aux résultats de l'étude témoin (CAOD = 1,22 dents  $\sigma = 1,60$ ). Le taux O/C est de 1,03 à Laventie-Fleurbaix et de 0,34 pour l'étude témoin, ce qui indique une meilleure prise en charge thérapeutique à Laventie-Fleurbaix ( $p < 0,05$ ). Aucun enfant de 9 ans, ni dans l'étude ni dans les témoins, n'avait subi d'extraction de dent permanente.

Pour l'ensemble des enfants (N = 177), ni les indicateurs diététiques utilisés, ni la déclaration du nombre des brossages quotidiens, n'étaient corrélés au CAOD. Comme l'indice de plaque apparaît lié au CAOD ( $p < 0,02$ ), ce résultat conforte l'idée que l'enseignement de l'hygiène orale reste un message primordial dans un programme de prévention scolaire.

## L'ostéoradionécrose, un enjeu de santé publique bucco-dentaire ?

**J. Burban<sup>1</sup>, M.Y. Louis<sup>2</sup>, J. Chaperon<sup>3</sup>, M. Sixou<sup>1</sup>, E. Rogier-Barbosa<sup>3</sup>,**

<sup>1</sup> U.F.R d'Odontologie Toulouse

<sup>2</sup> C.A.C Baclesse -14000 Caen

<sup>3</sup> D.S.P -Univ-Rennes 1 - 35000 Rennes

L'ostéoradionécrose (ORN) de la mandibule est une complication majeure d'une radiothérapie dans le traitement du cancer des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS). Sa fréquence est de 5 à 10 %. Ce risque moyen soulève de nombreuses questions. La qualité de vie est la problématique principale. Son appréhension peut se faire à travers une prise en charge bucco-dentaire. En ce sens, un protocole odontologique a été mis en place courant 1999 dans le Centre Anti-Cancéreux (CAC) de Caen. L'objectif de cette étude rétrospective est de

décrire par une approche épidémiologique une population atteinte d'un cancer des VADS à risque d'ORN.

L'échantillon est la population ayant reçu une radiothérapie au niveau de la sphère oro-faciale en 2000. Les variables recueillies sont issues des dossiers. L'analyse statistique a été faite sur SPSS. La survie à 5 ans est inférieure à 30 %. Les délais observés dans ce CAC révèle l'intégration de la santé bucco-dentaire dans le parcours de soins. Seuls 28% des patients ont eu au moins une

extraction avant radiothérapie et seulement 7% après radiothérapie. Ces chiffres sont inférieurs à ceux observés dans la littérature et à ceux calculés dans ce même CAC dans les années 1970. L'incidence de l'ORN calculée 5 ans après radiothérapie est de 1.8%.

La qualité de vie ne peut être que le résultat d'une prise en charge multidisciplinaire où l'impact médico-psycho-esthétique-social de la sphère orale ne peut être minoré.

## Prévention en milieu scolaire et santé bucco-dentaire : évaluation de programme

**Jeanne Rasoamananjara, Tatamo**

*I.O.S.T.M - Université de Mahajanga - Madagascar*

### Contexte

Epidémiologiquement, à Madagascar, la prévalence de la carie dentaire chez les enfants scolarisés est relativement élevée. A 6 ans, 85% des enfants souffrent de carie dentaire, à 12 ans, le nombre moyen de dents CAO est de 3,1. Telle fut la situation avant l'instauration des activités de prévention dans les écoles primaires malgaches, basées essentiellement sur l'instruction à l'hygiène bucco-dentaire, la supervision du brossage dentaire quotidien, l'utilisation de dentifrice fluoré.

### Objectifs

L'intérêt de ce travail réside dans le fait qu'il permet d'évaluer la situation actuelle des activités de prévention en santé bucco-dentaire des enfants scolarisés dans les écoles publiques d'Antananarivo. Plus spécifiquement l'objectif est de donner un aperçu de l'état bucco-dentaire de ces élèves après quelques années d'activité de promotion de la santé orale.

### Méthodologie

Les auteurs à travers une étude transversale descriptive ont évalué les programmes d'activité de promotion et de prévention en santé bucco-dentaire de 726 élèves scolarisés dans la ville d'Antananarivo, Madagascar. Un questionnaire a été administré pour le recueil des données sociologiques, tandis que la méthode

d'observation a été appliquée pour les données épidémiologiques. Les activités de prévention dispensées effectivement dans les écoles ont été recensées.

### Résultats

Les résultats ont rapporté que la prévalence de caries des dents temporaires était de 67,8% et celle des dents définitives de 66,5%. Le nombre moyen de dents cao était de 3,76 pour les dents temporaires et de 2,08 pour les dents définitives. La composante dc, DC était élevée mais une augmentation sensible de la composante do (0,04) et DO (0,11) a été notée, si elle était de (0) au début du programme.

Un changement de comportement des élèves face à la santé bucco-dentaire a été observé : la fréquence des consultations chez le dentiste a augmenté, la connaissance en prévention des maladies bucco-dentaires s'est améliorée. Par ailleurs, 50% des élèves avaient une hygiène bucco-dentaire considérée comme moyenne (sans tartre mais avec présence de matéria alba).

### Conclusion

En définitive, l'étude a montré une efficacité du programme de prévention en milieu scolaire à Madagascar bien qu'il reste encore beaucoup à faire. Le renforcement des activités de ce programme s'avère nécessaire.

## Programme bucco-dentaire régional chez les jeunes Franciliens: résultats sur un département (Hauts de Seine, France) en 2003

**A. Veille-Finet, J.C Tavernier, C. Vostoff, M. Pouzol, M. Folliguet**

*C.P.A.M 92 Service prévention bucco-dentaire*

*U.F.R Odontologie Paris 5- C.E.R.E.P*

*Service odontologie de l'Hôpital Louis Mourier*

### Contexte

Développer un programme ARCADE de la région Ile de France dans le département des Hauts de Seine pour l'amélioration de l'état bucco-dentaire des enfants de 0 à 11 ans par mise en place de labels de prévention selon les âges : label I : Information de 0 à 2 ans, label IES : Information, Education à la santé de 3 à 5 ans, label IDES : Information, Dépistage, Education à la santé de 6 à 11 ans.

### Matériels et méthodes

Dans le département des Hauts de Seine, un partenariat associe plusieurs organismes : faculté d'odontologie, caisse primaire d'assurance maladie, comité d'hygiène et de santé bucco-dentaire pour réaliser cette action sanitaire et sociale qui porte sur le label IDES.

3 praticiens calibrés examinent les enfants, répartis sur 39 écoles dans 10 villes du département. Ils effectuent un dépistage lors d'un premier passage puis 2 visites complémentaires durant l'année scolaire ; une séance est réservée à l'éducation à la santé, suivie d'un brossage pour chaque enfant qui reçoit un kit d'hygiène ; la seconde intervention permet de contrôler l'accès aux soins des enfants devant être traités.

### Résultats

Population : 6 429 enfants répartis par tranche d'âge en 36,75 % de 6 ans, 29,02 % de 7 ans, 7,62 % de 8 ans, 20,39 % de 9 ans, 5,58 % de 10 ans et 0,64 % de 11 ans. Il y a 47,3 % de filles. L'examen dentaire a porté sur 86 344 dents temporaires et 51 393 dents permanentes.

Les enfants indemnes représentent 76 % à 6 ans, 61 % à 7 ans, 53 % à 9 ans et 45 % à 10 ans.

Le % d'enfants traités évolue de 12 % à 6 ans à 37 % à 10 ans.

Le CAO est de 0.052 à 6 ans, 0.19 à 7 ans et de 0.76 à 10 ans.

Le critère d'évaluation du besoin de soins en denture permanente est au minimum une dent cariée ; 6,22 % d'enfants ont besoin de soins ce qui correspond à 670 dents permanentes cariées.

### Conclusion

Le programme ARCADE a débuté en 2003 mais il existait déjà un programme de prévention dans certaines écoles depuis plus de 10 ans. Le besoin de soins moyen en France est de 30 à 40% , nos résultats dans le département des Hauts de Seine sont donc assez satisfaisants.



Ce colloque a été organisé par  
La Société française des Acteurs de Santé publique  
bucco-dentaire et la Mission bucco-dentaire  
Service de Santé publique bucco-dentaire du  
Conseil général du Val-de-Marne

Organisation :

D<sup>r</sup> Philippe HUGUES et M<sup>me</sup> Martine GUERIAUX

Réalisation des documents :

D<sup>r</sup> Philippe HUGUES et M<sup>elle</sup> Ingrid CAPUANO

La Direction de la Communication  
du Conseil général du Val-de-Marne

Remerciements à tous les participants  
qui ont permis la réussite de cette manifestation.

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



PÔLE  
PRÉVENTION  
ET ACTION SOCIALE

En partenariat avec

