

XXI^{ème} Colloque National
de Santé Publique de l'UFSBD



**“ PARCOURS COORDONNÉ DU PATIENT
ET SANTÉ BUCCO-DENTAIRE,
UN LIEN INDISCUTABLE !
Comment le faire vivre au quotidien ? ”**

*Sous le patronage du Ministère
des Solidarités et de la Santé*



Le vendredi 23 octobre 2020

Ministère des Solidarités et de la Santé
Salle Laroque - 14 Avenue Duquesne - 75007 Paris



LES ACTES DU COLLOQUE

**“ PARCOURS COORDONNÉ DU PATIENT
ET SANTÉ BUCCO-DENTAIRE, UN LIEN INDISCUTABLE !
Comment le faire vivre au quotidien ? ”**

SOMMAIRE

Navigation dans le document en cliquant sur le titre ou page de votre choix

Ouverture et introduction	3
Liens entre santé bucco-dentaire et santé générale	7
<i>Questions du public et des internautes</i>	<i>15</i>
La santé bucco-dentaire, un élément du parcours coordonné	17
La place actuelle de la santé bucco-dentaire dans le parcours des patients	
Bilan des protocoles existants	20
<i>Questions du public et des internautes</i>	<i>29</i>
Les modes d'intervention en prévention et promotion de la santé aujourd'hui	34
<i>Questions du public et des internautes</i>	<i>44</i>
Programmes de prévention : exemple d'action	46
Entre pratique et parcours formalisés	49
<i>Questions du public et des internautes</i>	<i>60</i>
Conclusion	68

Ouverture et introduction

Dr Sophie Dartevelle : présidente de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

Pr Emmanuel Rusch : médecin de santé publique, CHU de Tours, président de la Société Française de Santé Publique (SFSP)

S. Dartevelle

L'UFSBD a été créée il y a plus de 50 ans par la profession qui a jugé nécessaire de se doter d'un organisme dédié à la prévention et à la promotion de la santé. Au fil des années, nous avons développé des actions de sensibilisation, de promotion de la santé et de prévention vers le grand public et, en affinant notre propos, vers des populations plus vulnérables.

Le "claim" de notre association était alors « L'UFSBD, le dentiste complice de votre sourire ». Puis au regard des communications scientifiques diffusées, de ce qui a été reconnu comme lien indiscutable entre santé bucco-dentaire et santé générale, l'UFSBD a souhaité en changer, il y a 8-9 ans, pour devenir : « L'UFSBD, le dentiste complice de votre santé ».

Ce détail a toute son importance. Il place la santé bucco-dentaire comme un élément important de la santé globale. L'une des missions de l'UFSBD, à partir de ce constat, a été de placer le chirurgien-dentiste au cœur du parcours santé de la population.

Je ne parle pas du parcours de soin intentionnellement, mais bien du parcours de santé. Et je voudrais qu'on parle aujourd'hui de prise en charge de la santé du patient et pas seulement de prise en charge du soin.

Au fil des années, on a vu les premières pierres apportées, avec les recommandations de prise en charge des patients atteints de pathologies cardiaques par exemple.

On a vu les chirurgiens-orthopédistes se mobiliser : je ne crois pas qu'il y en ait un seul aujourd'hui qui fasse une intervention de prothèse de hanche ou de genou sans avoir fait un bilan chez un chirurgien-dentiste.

Plus récemment, la convention signée entre l'Assurance-maladie et les chirurgiens-dentistes marquait le lien important entre la santé bucco-dentaire et le diabète, avec une prise en charge spécifique des patients diabétiques.

On était sur la bonne voie, même si on pouvait déplorer que les Agences régionales de santé (ARS) omettaient, de temps en temps, d'inscrire le chirurgien-dentiste dans le parcours de santé des patients. Et puis, la Covid-19 est arrivée et les cabinets dentaires ont été fermés pendant deux mois. Quelle représentation ont finalement les institutionnels de la place de la santé bucco-dentaire si on peut laisser croire à la population que, pendant deux mois, les cabinets dentaires peuvent rester fermés ? Nous dressons aujourd'hui un constat plein d'espoir mais qui comporte aussi des points d'interrogation...

Alors pourquoi avoir organisé ce colloque ? Pour faire le point sur la situation, comprendre, partager des arguments pour convaincre et ouvrir des perspectives nouvelles. Pour mettre enfin un coup d'accélérateur et que la place du chirurgien-dentiste au sein du parcours santé de toute la population soit une évidence pour tous.

Frédéric Lossent, journaliste et animateur du Colloque

On va parler de l'importance de la santé bucco-dentaire dans les parcours de santé. Et disons-le sans détour : on n'a pas toujours intégré la santé bucco-dentaire dans les parcours de santé...

E. Rusch

Vous avez tout à fait raison. Et c'est un vrai paradoxe.

Il y a une sorte d'évidence, un constat que la santé bucco-dentaire est une condition essentielle du bien-être d'un individu.

Les maladies et la morbidité concernant la santé bucco-dentaire sont parmi les plus fréquentes au monde. La moitié de la population mondiale est concernée par une maladie bucco-dentaire.

C'est une entité à très forte prévalence dans la population.

C'est aussi un fardeau qui partage avec beaucoup d'autres maladies comme le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les mêmes déterminants. Il y a une proximité évidente avec les maladies chroniques. Et, malgré ces éléments, la santé publique a eu tendance à minimiser cette dimension de santé et de bien-être des populations.

F. Lossent

Quels sont les grands enjeux pour vous aujourd'hui ?

E. Rusch

Il y a l'enjeu qui est le titre même de cette journée : l'intégration de la préoccupation et de la prévention et des soins dans le cadre des parcours de santé coordonnés.

Un vrai enjeu parce que notre système de santé (on le voit avec la crise du Covid qui met en exergue les faiblesses de notre système de santé), fonctionne en silo. Le silo hospitalier, le silo ambulatoire de ville. Au sein de celui-ci, le silo médical, le silo chirurgien-dentiste...

Historiquement, nous avons construit notre système de santé dans le cadre de dispositifs qui ne communiquent pas énormément entre eux.

La question et l'introduction d'une préoccupation de parcours de santé est majeure parce qu'elle apporte et elle doit apporter un continuum dans la prise en charge.

F. Lossent

Le docteur Sophie Darteville insistait en ouverture de colloque sur le distinguo entre parcours de soins et parcours de santé... Pourquoi est-ce important ?

E. Rusch

Il faut parvenir à réunir l'ensemble. Donc quand je parle de parcours, c'est plutôt un parcours de santé. Il faut un continuum entre les différentes dimensions de la santé d'un individu : psychologique, physiologique, physique, sociale. On a besoin d'un continuum dans la vie d'un patient qui commence à sa naissance et se termine à son décès : un parcours de santé dans un parcours de vie.

Et il y a un enjeu pour associer les différents professionnels de santé. Dans les soins initiaux de la prise en charge, il faut articuler les différentes dimensions.

On voit des maisons de santé pluridisciplinaires, des Communautés professionnelles de territoires de santé (CPTS) se développer.

Ces dispositifs doivent intégrer l'ensemble des professionnels, y compris ceux de la santé bucco-dentaire.

Vous citez les recommandations qui progressivement s'inscrivent dans les pratiques professionnelles, je me rappelle sur les bancs de la faculté, quand on me parlait de diabète, en disant : « Bon pied, bon œil, deux complications ». On se doute qu'il faudra se tourner vers des spécialistes du pied, vers des ophtalmologues ou d'autres professionnels. J'aurai tendance à dire, « bon pied, bon œil et bonne dents ». Il faudrait dans les recommandations réintégrer cette dimension. Ça s'est fait mais il y a une grande marge de manœuvre encore.

F. Lossent

Tout va bien alors ? Les lignes bougent assez vite ?

E. Rusch

Il y a des premiers pas. Mais on peut s'interroger sur la lenteur de ces pas et sur la façon dont on peut mettre en œuvre ces évolutions.

Autant il y a une prise de conscience et un accord sur les idées et orientations à prendre. Autant, je pense que leur mise en œuvre pose encore des difficultés. Des mises en œuvre concernent l'Assurance-maladie et la couverture Assurance-maladie des soins et du financement des activités des professionnels de santé.

C'est un sujet complexe à résoudre parce que ça remet en cause des modalités, à la fois organisationnelles et de pratiques professionnelles, importantes à considérer.

Dans cette articulation entre professionnels de santé, il faut aussi trouver des dispositifs qui permettent cette articulation au-delà des aspects purement financiers. Ce sont des organisations à mettre en œuvre.

J'insiste : comme pour le reste du système de santé, nous restons assez orientés vers un système biomédical, avec une approche interventionniste, curative. Il me semble que le domaine de la santé bucco-dentaire répond un peu à ce paradigme biomédical qui reste prédominant. L'activité consistant à développer ce plan prévention est très importante. Et il faut plaider sur son renforcement.

Un dernier point, parce que j'ai ma casquette de santé publique. Il faut aller vers un système de santé et pas que de soins. Des déterminants sont hors du champ du système de santé. Donc, il y a un plaidoyer à faire, un rapport de force à instaurer entre l'état de santé de la population et la défense de cet état de santé et des enjeux économiques, notamment au travers de l'industrie sucrière. Derrière le développement d'un certain nombre de pathologies, il y a des facteurs de risques comportementaux à titre individuel, sur lesquels on peut travailler.

Mais il y a aussi à faire évoluer l'impact qu'un certain nombre d'activités économiques impose à notre population. Pas qu'en France, mais à l'évidence, la consommation de sucre dans notre pays est excessive. Il y a un moyen à trouver pour agir en amont du système de santé et améliorer l'état de santé de la population.

F. Lossent

Il y a les intentions, mais comment passer à l'action ? A l'UFSBD, vous suivez cela de près...

S. Dartevelle

À l'UFSBD, on a l'ambition d'être concret et très pratico-pratique.

Evidemment, la question du parcours coordonné est multifactorielle, elle dépend de l'environnement, de la population, des professionnels de santé, des institutionnels.

Tout ne se réglera pas par un coup de baguette magique. Mais si chaque partie, à l'issue de ce colloque pouvait se mettre autour de la table et produire des outils concrets, des objectifs précis avec des mesures d'évaluation et des productions de documents, de check-lists, cela pourrait aider.

On sait que des choses très pratico-pratiques sont faites : les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) pour les cardiologues, les orthopédistes...

Pourrait-on imaginer des recommandations pour les chirurgiens-dentistes, les médecins généralistes qui sont les piliers de ce parcours santé ? Le lien avec le médecin généraliste n'est jamais rompu. Le lien avec le chirurgien-dentiste, lui, l'est constamment.

C'est une question multifactorielle, qui n'est pas facile à résoudre. Mais je pense, au regard des données scientifiques et des constats partagés, qu'il est nécessaire de trouver des solutions.

Et l'UFSBD est à 100% mobilisée pour trouver, ensemble, des solutions.

E. Rusch

Pour rebondir... Nous avons inscrit dans le travail de la Conférence nationale de santé que je préside, la problématique de la santé bucco-dentaire.

Nous serons amenés à réunir les différents acteurs, sous l'égide de la Conférence de santé.

Mais ça peut être plus large. Et en tant que président, je proposerai à l'UFSBD de participer à ces travaux.

Liens entre santé bucco-dentaire et santé générale

Pr Philippe Bouchard, professeur des universités à l’UFR d’odontologie Paris-Diderot Hôpital Rothschild AP-HP

P. Bouchard

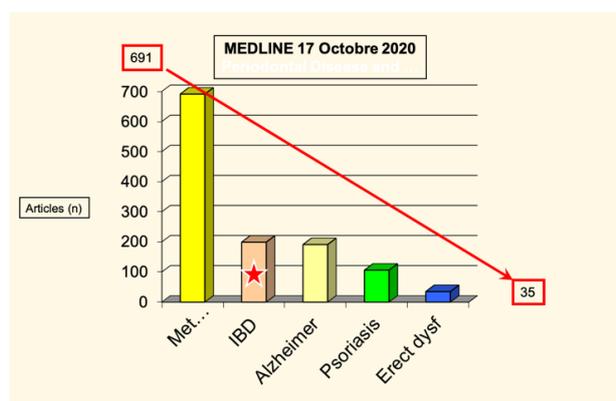
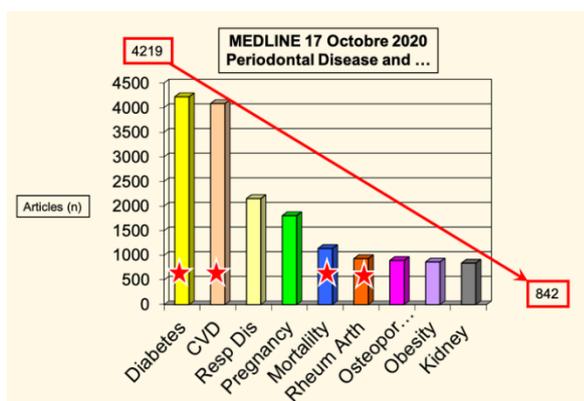
Je vais centrer cette présentation, à laquelle j’associe le groupe auquel j’appartiens, à l’Hôpital Rothschild, sur les maladies parodontales, parce que je suis enseignant en parodontologie et responsable de l’Unité Fonctionnelle Pathologie – Chirurgie Buccale et Parodontale.

Notre thématique principale de recherche, est l’impact systémique du microbiote parodontal. L’une des raisons pour laquelle nous avons décidé de travailler sur ce sujet réside dans l’influence du contenu d’une de nos publications montrant que les dentistes s’adressaient essentiellement aux dentistes : 70% des publications en dentisterie étaient publiées dans des journaux dentaires. Si vous regardez la rhumatologie, on est à 13%. Si vous prenez les cardiologues, c’est un peu moins de 20%. L’idée, a donc été de voir comment il était possible d’exporter notre profession à d’autres disciplines.

J’ai croisé sur Medline (PubMed), base de données classique qu’on utilise en recherche bibliographique, les maladies parodontales et les autres maladies pour faire de l’éditologie quantitative (figure 1 A et B).

Il est intéressant d’observer que le diabète et les maladies cardio-vasculaires arrivent en priorité si j’exclus les cancers. Il y a aussi les maladies respiratoires, les affections liées aux accouchements, la mortalité (on se posera la question de savoir si on meurt plus lorsqu’on est atteint de maladie parodontale), la polyarthrite rhumatoïde, l’ostéoporose, l’obésité, les maladies rénales.

D’autres maladies sont évoquées : le syndrome métabolique, les MICI (Maladies Inflammatoires Chroniques de l’Intestin), Alzheimer, le psoriasis, la dysfonction érectile (c’est un problème vasculaire et on va voir les liens entre le vasculaire, les maladies parodontales et les autres maladies).



Periodontal Disease and Other Diseases. Figure 1A Figure 1B

Aujourd’hui, je suis amené à m’adresser à des dentistes mais aussi à des médecins. Il y a lieu de penser que lors de mon exposé, les médecins vont dormir la moitié du temps et pour l’autre moitié, ce seront les dentistes.

Le parodonte, c'est tout sauf la dent, c'est ce qui entoure la dent. Il faut bien comprendre que ce parodonte est très richement vascularisé. Et c'est parce qu'il est vascularisé, qu'il va constituer un lieu d'échange.

Vous voyez une coupe d'un parodonte et d'une dent. C'est le parodonte d'un singe injecté à l'encre de chine (figure 2). Et vous voyez tout le réseau vasculaire, très riche.

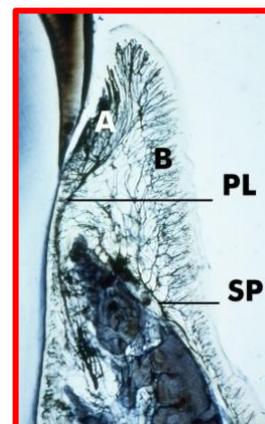


Figure 2 : Parodonte injecté à l'encre de chine

Lorsqu'on est en bonne santé, on observe un équilibre immunologique, une homéostasie. Au niveau parodontal, quand on a une inflammation clinique, on a le début d'une dysbiose, une rupture d'équilibre, qui correspond à la gingivite. Et on peut avoir une avancée plus importante, une parodontite, c'est-à-dire une perte d'attache autour de la dent qui a tendance à migrer.

On mesure cette perte avec une sonde parodontale. Et la plaque qui était au départ supra-gingivale devient sous-gingivale. Avec le développement d'un certain nombre de bactéries spécifiques. Ne pas traiter cette maladie entraîne la perte des dents.

Il faut garder à l'esprit que la bouche est une véritable étuve. C'est un milieu extraordinaire pour le développement des bactéries. Température: 35°-36°, milieu humide, PH idéal pour le développement des bactéries. Ce qui veut dire qu'on a un microbiote d'à peu près 700 espèces différentes. Si je cherche une définition d'une parodontite, c'est une maladie inflammatoire chronique des tissus de soutien de la dent engendrée par le microbiote parodontale dysbiotique.

J'insiste sur le fait que les maladies parodontales sont des inflammations, ce ne sont pas des infections. Ce schéma permet de comprendre le lien systémique (Fig 3). En fin de compte, comme il y a une inflammation, il y a production de molécules de l'inflammation qui passent dans la circulation sanguine, parce que c'est richement vascularisé, qui arrive au niveau du foie. Là, on a une réponse inflammatoire aigüe. Et cette réponse, peut avoir un impact sur le cœur ou, par exemple, sur l'inflammation intra-utérine.

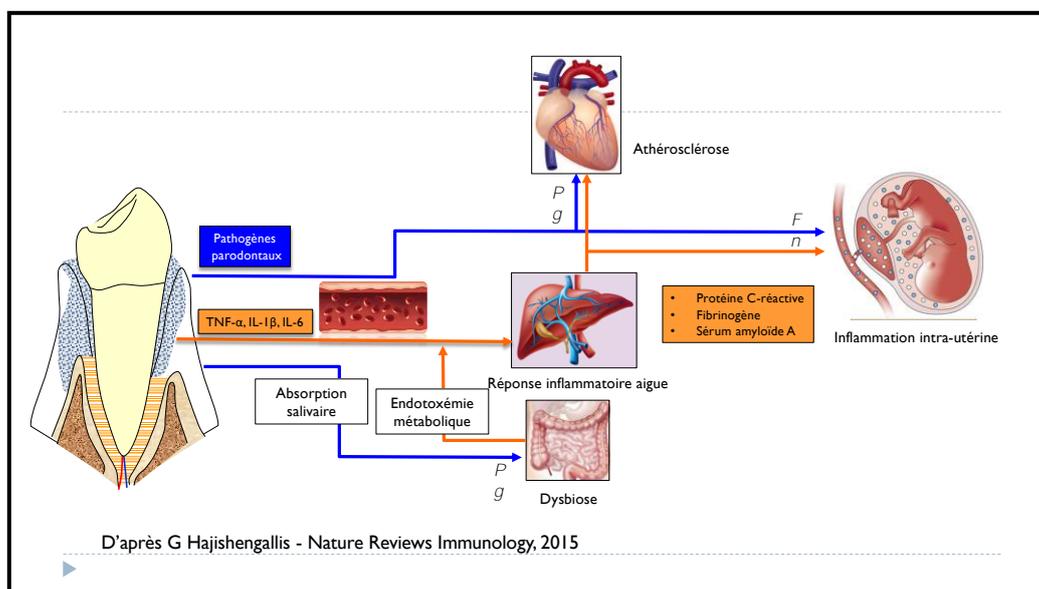


Figure 3 : Pathogénie systémique

Non seulement les marqueurs de l'inflammation augmentent en concentration à l'intérieur de la circulation sanguine, mais aussi les pathogènes parodontaux peuvent passer dans la circulation sanguine. C'est comme cela qu'on retrouve Porphyromonas gingivalis dans les plaques d'athérome. C'est comme ça aussi qu'on retrouve Fusobacterium nucleatum dans le placenta. Enfin, les bactéries parodontales contenues dans la salive peuvent être absorbées lors de la déglutition, rejoindre le microbiote intestinal et participer à une dysbiose au niveau de l'intestin susceptible d'entraîner une endotoxémie métabolique.

Maladie parodontale et mortalité : pourquoi en parle-t-on ? En fait, la mortalité constitue une synthèse de ce qui peut arriver en cas de non-traitement d'une maladie à pronostic vital. Clairement, la parodontite est associée à un plus grand taux de mortalité. Mais évidemment, il faut bien insister, l'association n'est pas la causalité : ce n'est pas parce que vous ne vous brossez pas les dents que vous allez mourir ! En revanche, il est intéressant de se poser la question des raisons de cette association.

On a publié une étude en 2017, parodontite et mortalité, sur 67000 sujets. On a essayé de voir quelle était la relation entre l'état de santé bucco-dentaire et la mortalité non cardio-vasculaire. Et on s'aperçoit qu'il y a une association dans tous les cas de figure. Et qu'elle n'est pas si faible que cela. On observe également que le nombre d'unités masticatrices lorsqu'elles sont insuffisantes participent à cette association. Donc, la santé orale pourrait être un bon marqueur de substitution de la santé générale.

On a ensuite élargi notre suivi, on avait 85 000 sujets. On a pu cette année tester l'association entre les variables santé orale et la mortalité cardio-vasculaire. On a confirmé les résultats de la première étude et on retrouve que le faible nombre d'unités masticatoires est associé à un risque accru de mortalité. Donc, la prévention primordiale des maladies cardio-vasculaires devrait peut-être inclure le remplacement des dents absentes.

Une étude Finlandaise également récente a testé l'association entre les variables santé orale et la calcification des plaques d'athérome carotidienne, identifiable sur radiographie panoramique. On se rend compte que ça prédit une plus mauvaise survie. Ce que vous voyez dans les cercles rouges, c'est ce que vous pouvez observer chez les patients lorsque vous leur faites une radiographie panoramique.

Conclusion, sur une radiographie panoramique, ne regardez pas simplement les dents, regardez aussi ailleurs, vous pouvez peut-être sauver la vie d'un patient.



Commençons par le diabète, en se concentrant essentiellement sur le diabète de type 2, le plus prévalent. L'association maladie parodontale et diabète fait régulièrement l'objet de communications. C'est une relation bidirectionnelle. En cas de maladie parodontale, les études montrent une prévalence et une sévérité augmentée de diabètes. Et à l'inverse, en cas de diabète, les études montrent une prévalence et une sévérité augmentée de maladies parodontales.

J'insiste sur le fait qu'il n'existe pas de preuve de l'augmentation des caries chez le diabétique dans la littérature. Diabète, sucre, caries : on oublie ça une bonne fois pour toutes.

Il y a beaucoup d'études. L'article le plus impactant est une publication du Lancet de 2018, un essai clinique randomisé, monocentrique, qui évalue les effets du traitement parodontal sur le contrôle de la glycémie chez les sujets diabétiques de type 2 en prenant comme variable principale l'hémoglobine glyquée qui est le très bon baromètre du diabète.

Qu'est-ce qu'on observe ? Qu'après ajustement, en tenant compte de différents facteurs de risque commun, l'hémoglobine glyquée est de 0,6% inférieure dans un groupe qui a été traité d'une façon intensive, versus un groupe contrôle, traité uniquement avec un nettoyage supra-gingival.

0,6%, ça ne paraît pas très important. Sauf que 150 minutes d'activités physiques par semaine, combinées à des conseils nutritionnels font baisser l'hémoglobine glyquée de 0,66%. Ce qui veut dire, en clair, que la valeur de cette diminution d'hémoglobine glyquée est au moins aussi importante que les conseils que peuvent donner les diabétologues à leurs patients. Et donc le traitement parodontal est efficace dans le contrôle de diabète de type 2.

Quand il y a une résistance à l'insuline, on a une production des molécules de l'inflammation et en particulier de la CRP. Tout ça constitue un cercle vicieux parce que diabète et parodontite sont liés (Figure 4). Il y a une synergie entre les deux. Et un rapport avec l'augmentation des maladies cardio-vasculaires.

Si on a une parodontite qu'on ne traite pas, on a une perte dentaire. Si on a des pertes dentaires, on a des troubles de la mastication, on va changer notre régime alimentaire, avec un régime pauvre en fibre, riche en graisse. Et une des conséquences, c'est l'augmentation de l'indice de masse corporelle qui peut aller jusqu'à l'obésité. Et l'obésité, c'est une inflammation de bas grade comme les parodontites qui peut entraîner une augmentation des molécules de l'inflammation. Et donc on rentre dans ce deuxième cercle.

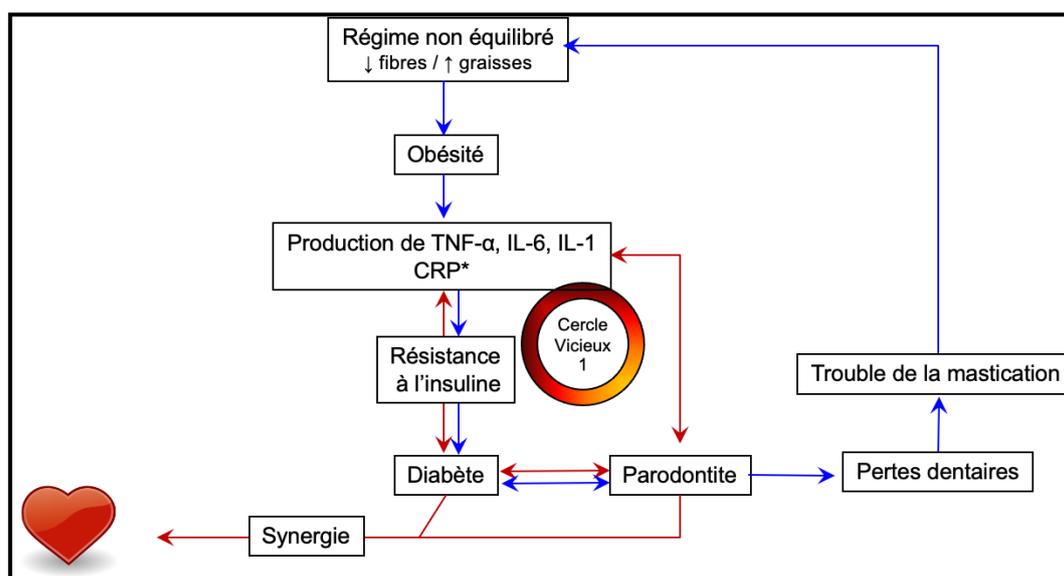


Figure 4 : Maladie Parodontale & Diabète T2

Pour résumer :

- Association avec maladie parodontale : oui
- Association avec caries dentaires : non démontrée
- Réduction de l'évolution par traitement parodontal : oui
- Lien biologique : oui
- Conséquence clinique : chez le patient diabétique, suivi parodontal régulier.

La parodontite chez le diabétique n'est pas spécifique, elle est le plus souvent sévère. Le traitement parodontal est sans danger chez le diabétique équilibré et efficace dans le contrôle du diabète de type 2. La parodontite pourrait être une complication précoce du diabète.

Si vous regardez ce document de l'Inserm, vous voyez trois clés pour contrôler la maladie : la perte de poids, l'activité physique et l'alimentation. En fait, il faudrait une quatrième clé : contrôler les gencives. Quand on regarde cet autre flyer, assez ancien de l'URCAM, « surveillez vos dents », on a envie de remplacer ce conseil par : « surveillez surtout vos gencives » !

Voyons maintenant le lien paro-athéromateux, c'est une longue histoire de désamour.

1912 : théorie de l'infection focale. Les extractions dentaires peuvent guérir des infections à distance. Donc toutes les dents affectées doivent être extraites.

Il va falloir attendre 1952 pour que le Journal de l'American Medical Association, démontre que de nombreux patients n'ont pas été guéris de leur symptôme par la suppression de leur foyer infectieux, c'est-à-dire par l'extraction des dents.

Entre 1952 et 1989, il va falloir encore 37 ans, pour qu'un finlandais, Kimo Matila, fasse le break et publie ce papier indiquant une association entre la santé dentaire et l'infarctus du myocarde.

Il va falloir encore attendre 2012 pour que dans la revue Circulation, on montre une association indépendante entre maladies parodontales et maladies cardio-vasculaires. Avec deux réserves, la première sur le manque de définition claire de la parodontite, la seconde sur la présence de facteurs confondants, en particulier le tabac. En 2017, une conférence à Chicago a résolu le problème de la définition des maladies parodontales et tous les articles aujourd'hui tiennent compte de l'ajustement sur les facteurs confondants.

Enfin, je ne parlerai pas du lien entre cavité orale et endocardites infectieuses, cette information étant largement diffusée aux chirurgiens-dentistes.

L'association entre parodontite et athérosclérose est confirmée par de nombreuses études et tout le monde aujourd'hui s'accorde pour confirmer cette association. Une étude multicentrique a été publiée en 2016 dans « Circulation » par nos collègues de Karolinska Institute. Ils se sont rendu compte que le risque d'un premier infarctus du myocarde augmentait chez les patients qui présentaient une perte osseuse alvéolaire. Nous avons, quant à nous, essayé de voir s'il y avait une association avec des facteurs de risques proximaux, comme l'hypertension artérielle. On observe que l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire et le remplacement des dents pourraient prévenir l'hypertension artérielle.

On a également exploré l'association avec des facteurs de risque distaux, en particulier l'apnée du sommeil. La conclusion est que les troubles du sommeil associés à l'inflammation gingivale sont associés à un risque accru de maladies cardio-vasculaires dans une population française d'environ 30 000 sujets.

Où allons-nous désormais ? On va, non plus vers la prévention primaire, mais vers la prévention dite primordiale : prévenir les facteurs de risque des maladies. Nos collègues cardiologues ont essayé de définir ce qu'était la santé cardio-vasculaire idéale. Ils ont mis en place un outil, le « Life's simple 7 » : arrêter de fumer, manger mieux, soyez actif, perdez du poids, vérifiez votre tension, contrôler votre cholestérol, et de temps en temps, faites des glycémies à jeun. Nous avons testé l'association entre santé orale et santé cardio-vasculaire idéale. Et la réponse a été clairement oui, avec toujours cette association avec le nombre d'unités masticatrices. Enfin, même si je suis parodontiste, je n'ignore pas les lésions endodontiques.

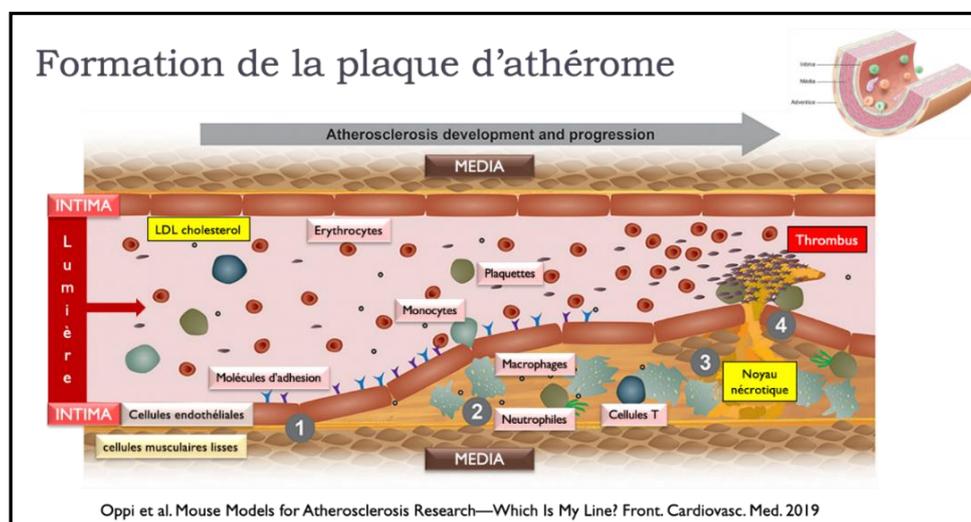
Un travail finlandais montre clairement que des lésions endodontiques sont indépendamment associées aux coronaropathies stables ou aiguës.

Voilà deux coupes de plaque d'athérome : vous voyez une réduction de la lumière carotidienne et on observe une réduction de 80% du diamètre. Avec les flèches rouges, vous voyez la vulnérabilité des plaques. C'est-à-dire qu'elles sont hémorragiques. Avec les flèches jaunes, les stries lipidiques. Le processus de formation de la plaque d'athérome est complexe mais peut être simplifiée pour en comprendre l'évolution. Sur une coupe de vaisseau on observe trois couches au niveau de la paroi : une couche interne, l'Intima, une intermédiaire, la media, et une couche externe (adventice) qui est une espèce de coque qui protège les vaisseaux.

Ce qui nous intéresse surtout, c'est l'intima, composée de cellules endothéliales. Stimulées, ces cellules expriment des molécules d'adhésion à leur surface. Ici, vous avez la lumière du vaisseau et dans cette lumière, vous avez le LDL cholestérol, les globules rouges et les globules blancs, c'est-à-dire les monocytes qui se déplacent dans le flux sanguin. Ces monocytes peuvent adhérer à la surface des cellules endothéliales. Ils vont pénétrer par diapédèse, à l'intérieur de l'intima. Là, ils vont devenir des macrophages, qui vont absorber le LDL cholestérol. Ils vont former ce que l'on appelle des cellules spumeuses. Là, ils vont rester sur place et fusionner pour créer un noyau nécrotique. Une chape fibreuse va se former et va être renforcée par des cellules musculaires lisses en provenance de la media.

Deux possibilités : soit vous êtes stables et cette chape fibreuse reste en l'état. Soit une brèche s'ouvre et cette chape fibreuse va nécessiter une cicatrisation.

A partir du moment où les plaquettes vont essayer de cicatrifier cette zone, on va avoir la formation d'un caillot, c'est-à-dire un thrombus. Dans la lumière, en amont de ce thrombus, la pression va augmenter du fait de la réduction du diamètre.



Donc la pression devient de plus en plus importante.

Et si on est hypertendu, on va lâcher un embolie. Ce caillot, s'il se situe au niveau du cerveau, provoque un AVC.

S'il est au niveau du cœur, il va entraîner un infarctus du myocarde.

S'il est au niveau des membres inférieurs, il va provoquer une artérite des membres inférieurs.

Comment ça se passe au niveau parodontal ?

Soit on a un effet direct, c'est-à-dire une bactériémie avec une invasion de l'endothélium vasculaire. Les cellules endothéliales vont passer de l'état normal à un état prothrombotique. Ceci va entraîner la production en surface des molécules d'adhésion et à ce moment-là, les monocytes circulants vont passer à l'intérieur de l'intima et devenir des macrophages, se charger en LDL oxydé et former des plaques d'athérome.

Autre possibilité d'effet direct, la persistance des pathogènes dans les macrophages. Il y a des macrophages sur place au niveau des gencives qui phagocytent ces bactéries qui normalement sont digérées à l'intérieur des macrophages. De temps en temps, soit la bactérie entière reste présente, soit, comme c'est le cas pour *Porphyromonas gingivalis*, sous forme antigénique par la présence des fimbriae qui l'entourent. Il y aura ainsi la possibilité pour ces macrophages d'entraîner la transformation de l'état normal (antithrombotique) à l'état prothrombotique.

On peut également observer un effet indirect par augmentation de la cascade pro-inflammatoire. Ce ne sont plus les bactéries qui vont entraîner ce changement d'état des cellules endothéliales mais que ça peut être une augmentation des médiateurs de l'inflammation. Enfin, l'infection par un agent pathogène (Pg) qui possède une molécule présentant une homologie significative avec une molécule hôte est possible. Suite à une réponse de l'hôte initiée à cette molécule, la réponse se présente alors comme une réponse auto-immune localisée contre les tissus.

En effet, des anticorps à réaction croisée contre des HSP bactériennes et des HSP de l'hôte ont été signalés. La réponse inflammatoire qui en résulterait pourrait entraîner des lésions des cellules endothéliales et, en fin de compte, avec le recrutement de monocytes et la présence de lipides circulants élevés tels que l'ox-LDL, l'accélération de l'athérome.

Maintenant, que se passe-t-il si on fait un traitement parodontal chez les patients atteints de maladies parodontales ?

Je prends cette étude-là, qui est aussi l'étude « princeps », paru dans le New England journal of Medicine, montrant qu'un traitement parodontal intensif va entraîner une inflammation aigüe systémique et une dysfonction endothéliale immédiate. Mais après six mois, on observe une amélioration de la fonction endothéliale après traitement.

On a des résultats modérés mais positifs. Dans une autre étude, si on prend la protéine C réactive (baromètre de l'inflammation en général), on s'aperçoit qu'on a des résultats positifs (diminution de la CRP) mais modérés.

Là où le bât blesse, c'est que dans tous les cas, ce sont des marqueurs de substitution et non des événements cardiovasculaires.

Si on regarde l'événement cardiovasculaire, il n'est pas aujourd'hui possible de conclure sur la réduction des événements suite à un traitement parodontal.

En résumé :

Association avec santé orale : oui
 Réduction des marqueurs de substitution : oui
 Prévention des événements cardio-vasculaires : non démontrée
 Lien biologique : oui
 Conséquences cliniques : suivi régulier des malades à risque paro-athéromateux, ça me paraît très important.
 La capacité masticatoire pourrait être un nouvel acteur dans l'explication de l'association.
 Il y a des recommandations européennes consultables, elles ont été publiées en 2013 et sont encore valables.

Le message clé, c'est la prévention et le traitement des maladies orales. Vous devriez d'ailleurs changer le nom UFSBD pour devenir UFSO, c'est-à-dire Union Française pour la Santé Orale. « Oral disease » est le mot-clé que l'on retrouve partout dans le monde. Bucco-dentaire, c'est franco-français. La prévention et le traitement des maladies orales devraient être inclus dans les stratégies de santé publique visant à promouvoir la santé idéale et à prévenir les maladies cardio-vasculaires.

Parodontites et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) : on a une association épidémiologique. On a uniquement des études observationnelles. Il y a un risque augmenté de parodontite chez les sujets MICI +. On a des manifestations orales de la MICI chez 5 à 20% des patients. Ça permet parfois un diagnostic précoce de la maladie de Crohn. Voilà par exemple une patiente de 23 ans, non fumeuse, diagnostiquée de la maladie de Crohn suite à une biopsie gingivale. A gauche, avant le traitement chirurgical et après le traitement. L'inflammation n'a pas beaucoup diminué. On a une étude en cours à Saint-Antoine dont l'objectif est de travailler sur cette association.

En résumé :

Association : oui
 Réduction de l'évolution par traitement parodontal : peut-être
 Lien biologique : à confirmer
 Conséquences cliniques : on n'en sait rien pour l'instant.
 Polyarthrite rhumatoïde : toutes les études montrent une association.

Que pouvons-nous savoir de l'association avec la polyarthrite rhumatoïde ?

La particularité, c'est que des bactéries pathogènes orales spécifiques, *Porphyromonas gingivalis* (Pg) et *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa), peuvent initier, amplifier et perpétuer les signes cliniques de la polyarthrite rhumatoïde.

Pourquoi ? Parce que Pg possède une enzyme la peptidyl-arginine-désiminase (PAD). Une production locale d'anticorps anti-peptides citrullinés (ACPA) serait observée. Les antigènes, les anticorps et les complexes immuns diffuseraient par voie sanguine jusqu'à l'articulation. Ils favoriseraient l'initiation et l'entretien de l'inflammation de la synoviale, comme les cytokines inflammatoires diffusant de la poche. Une production articulaire d'ACPA est également observée et pourrait être liée à l'activité des PAD de l'hôte.

L'étude « Bhyrra » à laquelle nous avons participé, portait sur l'évaluation de l'effet d'une intervention (détartrage + bain de bouche + dentifrice) pour réduire la charge bactérienne buccale sur l'activité de la polyarthrite rhumatoïde.

Il s'agissait d'un essai randomisé niché dans la cohorte ESPOIR.

Nous n'avons pas observé de résultats positifs.

Pourquoi ? Les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde étaient peu sévères. D'autre part, on n'a pas atteint le quota de sujets nécessaire. Pourquoi ? Parce que la dentisterie n'est pas la priorité de ces malades.

Quand on leur demandait s'ils voulaient participer à une étude, la réponse était : « J'ai suffisamment de soucis comme ça, je ne vais pas en plus en avoir avec mes dents ». Il y a un vrai travail de communication à faire pour mettre en valeur la nécessité d'avoir une bouche saine pour être en bonne santé.

En résumé :

Association : oui

Réduction de l'évolution par l'hygiène bucco-dentaire : non

Réduction de l'évolution par traitement parodontal : peut-être, quelques études de faible puissance montre qu'il y a peut-être une évolution.

Lien biologique : oui, très fort



Questions du public et des internautes

Julie Burban, chirurgien-dentiste, ancienne HU à Toulouse.

Y a-t-il des politiques invités à cette journée ? Normalement, le politique transforme en action des pensées de santé publique. En tant qu'hospitalo-universitaire, on n'est pas souvent invités à travailler ensemble, médecins et chirurgiens-dentistes.

P. Bouchard

Je vais vous répondre par expérience. On travaille avec les médecins sur de grosses cohortes nationales et internationales. Et nous participons à des essais, par exemple dans le consortium « Ivasc » à Bichat. Les rapports sont harmonieux.

Sincèrement, pour avoir beaucoup communiqué chez les médecins quelles que soient leurs spécialités, il s'agit plus de méconnaissance que de mauvaise volonté. Un colloque comme aujourd'hui permet ce type d'échanges.

Tous les médecins connaissent l'endocardite. Par contre, tous les médecins ne connaissent pas les rapports entre maladies parodontales et maladies cardio-vasculaires, c'est clair. Donc, quand on a des tribunes de cette nature, et là il faut louer l'activité de l'UFSBD, il ne faut pas hésiter une seconde pour avoir ce type d'échanges.

S. Dartevelle

Nous avons une présence institutionnelle à nos colloques, au niveau national, régional ou départemental. Le sujet les intéresse. Mais c'est aussi à nous de les aider à trouver des solutions. Les actes du colloque, vont permettre d'élaborer une synthèse et de définir les orientations à prendre.

F. Lossent

Rebaptiser l'UFSBD en UFSO, « Union Française pour la Santé Orale », vous y avez pensé ?

S. Dartevelle

On y a pensé et c'est un sujet passionnant. Mais quand on existe depuis plus de 50 ans, qu'on a réussi à entrer dans les foyers français, c'est périlleux de changer de logo. Tout est à envisager, mais il faut toujours voir les bénéfices-risques. Pour l'instant, on a fait la démarche de changer notre « claim », pour parler du bucco-dentaire, non plus du sourire mais de la santé. L'étape suivante est à réfléchir.

F. Lossent

Vous disiez, « on est passé d'une ère en dentisterie très mécanique à une ère beaucoup plus médicale ». C'est un bouleversement majeur sur lequel on peut s'appuyer pour l'inclusion de la santé bucco-dentaire en général ?

P. Bouchard

Oui, je suis la sixième génération de dentistes. Quand je parlais avec mon père de plaque bactérienne, il me regardait avec des yeux ronds. Et c'est vrai que les chirurgiens-dentistes ont basculé d'une ère mécaniste à une ère beaucoup plus biologique. Ma présentation et la plupart des papiers en témoignent. Mais notre communication reste encore très endogène. Nous sommes en train de publier un deuxième papier dix ans après pour voir si l'impact des maladies orales sur les autres maladies ces dernières années a changé le ratio de 70% dont je parlais en début de mon exposé.

La santé bucco-dentaire, un élément du parcours coordonné

Dr Anne Abbé Denizot, vice-présidente de l'UFSBD

Exposé des résultats tirés de l'analyse des données de santé du SNDS (système national des données de santé)

A. Abbé Denizot

Je vais vous présenter deux études qui ont été réalisées par l'Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire, associé à l'URPS (Union régional des professionnels de santé) des chirurgiens-dentistes des Pays de la Loire.

L'étude sur les plus de 55 ans

La première étude, faite à partir des données du SNDS, date de 2019.

On a comparé les données des Pays de la Loire aux données France entière sur les plus de 55 ans. L'URPS des Pays de la Loire, l'ORS et l'UFSBD se sont associés. L'ORS avait accès aux données du SNDS et a fait l'analyse de ces données de santé. L'URPS chirurgiens-dentistes des Pays de la Loire a apporté son expertise métier et le Docteur Benoît Perrier, secrétaire générale de l'UFSBD, a apporté son expertise en santé publique.

Je vous commenterai essentiellement les données nationales. Ces données issues du SNDS ne donnent pas l'état de santé bucco-dentaire. Elles donnent des indications sur les comportements de nos concitoyens. Et nous permettent de réunir des informations pour construire nos projets de santé publique et passer à des actions.

Nous avons cherché l'ensemble des prestations dentaires remboursées, tout professionnel concerné, et tout lieu d'exercice. Ces indicateurs nous ont permis d'étudier les recours annuels, de 2016 à 2018 inclus, par prestation et par type de population. Cela nous a permis de relever les disparités territoriales, démographiques, sociales et selon l'état de santé.

La première observation, c'est le recours au soin. 43% des 55 ans ont eu un recours aux soins au cabinet dentaire en 2017. Ce n'est pas autant qu'on aurait espéré. Ce taux décroît de façon continue à partir de 65 ans. Et descend à 25% à 90 ans. Evidemment, moins d'un patient sur deux qui consulte à 55 ans, c'est trop peu. Et quand cela tombe à un sur quatre à 90 ans, cela nous interpelle. L'UFSBD préconise une visite annuelle, on en est loin même si on tient compte des difficultés de déplacement des personnes âgées

Sur la période 2016 à 2018, nous avons cherché à savoir si on pouvait mettre en évidence une dynamique de prévention. Seulement 66% des plus de 55 ans ont eu un recours sur trois ans. En fait, un tiers des 55 ans et la moitié des plus de 85 ans n'ont eu aucun recours sur trois ans. Parmi les personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu un recours au cabinet dentaire sur ces trois années, ce sont essentiellement des soins curatifs (56%). Et seulement 12% ont eu un recours de nature préventive durant cette période.

Par ailleurs, si on regarde la démographie sociale, on voit que ce sont plus souvent des femmes que des hommes qui ont recours aux soins (46% d'entre elles contre 41% des hommes en 2017). Les analyses mettent aussi en évidence un gradient social de recours annuel au cabinet dentaire. Avec pour les personnes résidents dans les communes les plus favorisées, un taux de recours annuel qui dépasse de 10 points le taux observé dans les territoires les moins favorisés. On passe de 48,8% à 38,3%. Et l'écart atteint aussi dix points entre les personnes qui bénéficient de la CMU complémentaire et celles qui n'en bénéficient pas (34 contre 44%). Ce sont des différences importantes.

Les écarts sont également très marqués selon le régime d'Assurance-maladie. Avec des taux selon l'âge qui peuvent atteindre 53% chez les bénéficiaires du régime de la fonction publique et assimilés. Contre 43% chez les bénéficiaires du régime général. Et 38% pour ceux de la Mutualité sociale agricole (MSA). Une remarque : dans la courbe de la MSA, on voit un pic de recours au cabinet dentaire à 65 ans. Il est lié à la mise en place par la MSA d'un EBD 65 ans qui montre qu'à ce moment, il y a une réaction.

Nous avons également regardé les disparités suivant l'état de santé : les taux annuels de recours en cabinet dentaire apparaissent moins élevés chez les personnes de plus de 55 ans pris en charge par l'Assurance-maladie pour une affection longue durée. 41% de ces patients ont recours au Chirurgien-dentiste contre 45% des personnes de plus de 55ans sans ALD. Alors qu'on pourrait se dire, ils sont malades, ils font plus attention, c'est l'inverse.

Les patients atteints de pathologies chroniques recourent de façon insuffisante aux cabinets dentaires, en dépit des liens très établis entre de nombreuses infections et la santé bucco-dentaire.

Dans ce contexte, l'UFSBD recommande d'inclure la santé bucco-dentaire en prévention tertiaire dans la conception des parcours de santé, de la prévention, à l'éducation thérapeutique et l'accompagnement en passant bien entendu par la prise en charge.

L'analyse détaillée par type de pathologies montre des disparités de recours au cabinet dentaire d'une pathologie à l'autre. Et l'écart est particulièrement marquée pour des personnes atteintes de maladies neurodégénératives, notamment les démences de Parkinson (36%), le diabète insulino-traité (34%), les personnes traitées par les neuroleptiques (37%), atteintes d'insuffisances rénales chroniques terminales (36%) ou les maladies neurologiques et psychiatriques (38%). Ceci a mis en lumière des comportements à partir de données objectives.

Parmi les facteurs explicatifs du non-recours au cabinet dentaire au cours de ces trois années, on trouve le genre et le niveau social. Le non-recours est plus important chez les hommes et les personnes en situation défavorable, mais également chez les 73 ans et plus et chez les personnes résidant en Ehpad.

Pour ce dernier point, c'est un constat que l'UFSBD avait déjà fait au cours de nos précédentes actions et nous avons un programme d'actions adaptées à ce public spécifique.

Quand on regarde le parcours par type de prestations, on note des disparités selon les caractéristiques démographiques et sociales. Prenons l'exemple de l'acte de détartrage : le recours est plus élevé chez les femmes, de catégorie sociale plus élevée. Il est moindre chez les patients atteints de pathologies alors qu'il devrait être plus élevé dans ce cas.

En Ehpad. Il y a un niveau plus élevé de recours au chirurgien-dentiste libéral, dans les communes où l'Ehpad est associé à un cabinet dentaire. Le fait d'avoir eu un recours antérieur au cabinet dentaire est un facteur très important.

Cela pose la question de l'importance du dentiste traitant comme on a un Médecin traitant. C'est quelque chose pour lequel on milite : si le dentiste traitant est identifié, bien sûr, la prise en charge est plus effective.

L'étude sur les enfants

La deuxième enquête porte sur les enfants. Pour les enfants, on a observé un taux de recours entre 3, 5 ans et 6 ans qui passe de 20 à 73%. C'est une forte augmentation qui s'explique par l'examen "gratuit" proposé aux enfants de 6 ans dans le programme M'T dents. Cette étude a été faite sur 2016-2018. Il n'y avait pas encore l'examen bucco-dentaire proposé aux enfants de trois ans. Celui-ci a été ajouté depuis. Si on fait un focus sur cette étude : avant 6 ans, le recours au cabinet dentaire est rare : 56% des enfants n'ont eu aucune prestation dentaire avant 6 ans. C'est quand même ennuyeux, quand on sait que deux enfants sur 10 ont des caries avant 6 ans. C'est pour cela que l'UFSBD a milité pour l'examen dès trois ans.

Le premier recours au cabinet dentaire se fait majoritairement à 6 ans, en grande partie par le biais de l'examen bucco-dentaire gratuit du programme M'T dents mis en place par l'Assurance-maladie avec la profession dentaire. Et les taux de recours sont plus élevés entre 6 et 15 ans, notamment à 6 et 12 ans où l'on retrouve des examens dits obligatoires. Les CPAM, sont chargées d'effectuer plusieurs relances et envoient même si nécessaire plusieurs formulaires de bilans bucco-dentaires. C'est pour cela qu'on voit la différence.

L'âge du premier recours augmente aussi avec le statut social : 35% à 7 ans pour les non CMU, contre seulement 25% pour les CMU-C. Même constat en fonction de la commune de résidence, et la maladie : 35% à 6 ans pour les non ALD et seulement 31% pour ceux qui ont une ALD. C'est problématique à cet âge-là. Car c'est dans les premières années que va se jouer l'avenir de ces enfants. L'UFSBD est très engagée dans la prévention, notamment pour la promotion de ces EBD. Nous avons vraiment milité pour l'EBD trois ans et pour l'EBD 21-24 ans.

La place actuelle de la santé bucco-dentaire dans le parcours des patients

Bilan des protocoles existants

Table ronde avec :

Pr Bernard lung, cardiologue à l'hôpital Bichat, secrétaire général adjoint de la Société Française de Cardiologie (SFC).

Pr Xavier Marie Duval, infectiologue à l'hôpital Bichat, professeur de thérapeutique, président de l'Association pour l'Etude et la Prévention de l'Endocardite Infectieuse (AEPEI).

Dr Jean-François Thébaut, vice-président de la Fédération Française des Diabétiques, en charge du plaidoyer et des relations externes.

Dr Anne Abbé Denizot, vice-présidente de l'UFSBD

Dr Catherine Berry, présidente du pôle cadre d'exercice et négociation du syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France (CDF)

Dr Janig Bruchier Galerneau, vice-présidente du syndicat de l'Union Dentaire (UD)

F. Lossent

Parlons de votre expérience de terrain, Dr Bruchier Galerneau. Avez-vous le sentiment que le travail des chirurgiens-dentistes est considéré à sa juste place par les autres professionnels de santé dans votre pratique au quotidien ?

J. Bruchier Galerneau

Non. On ressent au quotidien tout ce qu'ont dit le professeur Bouchard et le docteur Denizot. Les patients malades qui ont des grosses pathologies ne font pas leurs soins dentaires. Ils viennent nous voir, quand ils vont mieux.

Mais les soins dentaires sont alors plus lourds.

De même, si les cardiologues, les chirurgiens-orthopédistes ont pris conscience qu'il fallait un bilan bucco-dentaire. la plupart du temps, les patients viennent tardivement. il faut alors négocier avec le chirurgien pour reporter l'intervention, si les soins nécessaires sont importants.

Je dois souvent prendre l'initiative du contact avec le médecin pour avoir une globalité, faire un plan de traitement cohérent avec le plan de traitement des pathologies. Ce qui complique la prise en charge.

F. Lossent

Vous passez votre temps à prévenir les différents protagonistes pour leur dire : il faut nous inclure, nous les chirurgiens-dentistes ?

J. Bruchier Galerneau

Oui. L'échange avec les médecins n'est pas fluide et ne va pas de soi. Dans les maisons médicales, c'est peut-être différent. Avec les CPTS, peut-être qu'à l'avenir, il y aura des façons de fonctionner plus fluide. Le Professeur Bouchard a parlé de médecine orale. Avec le syndicat, ça fait longtemps qu'on en parle. Si les chirurgiens-dentistes pouvaient être intégrés en tant que professionnels de santé et de médecine orale, ce serait un gros pas en avant.

F. Lossent

Catherine Berry, vous êtes régulièrement autour de la table des négociations pour parler de la prise en charge des actes et des bilans. C'est un point central de l'amélioration des parcours de santé ?

C. Berry

Il faut regarder les choses en face. Un acte, lorsqu'il n'est pas valorisé, pris en charge, est beaucoup moins ou pratiquement pas effectué. Le fait de faire entrer un acte dans la convention fait en sorte que cet acte est effectué. L'arrivée des fluorations, chez les enfants entre 6 et 9 ans, c'est quelque chose de très important. On aurait aimé élargir le périmètre, augmenter la rémunération de l'acte, mais déjà, cet acte est pris en compte.

On a un élargissement des EBD : on part de la femme enceinte, jusqu'à 24 ans même si ce n'est que tous les trois ans, on peut intervenir régulièrement. La Caisse s'inquiète souvent de la participation de ses patients à ses bilans. Elle fait des rappels pour que ses patients viennent.

On a aussi le bilan parodontal comme chez le diabétique, suivi ou pas de traitement. Mais au moins, on suit ces patients. Et on entre dans un panel de soins qui n'étaient pas pris en charge avant. Si on peut faire venir les patients au cabinet, c'est très intéressant.

F. Lossent

Il y a un lien automatique entre prise en charge et réalisation effective ?

C. Berry

On a aussi maintenant le bilan parodontal chez le diabétique, suivi ou pas de traitement et pris en charge à 100%. Au moins on suit ces patients. Mais ce n'est pas aussi simple que ça. Le traitement parodontal nécessite la motivation du patient, etc. Mais le fait de pouvoir recevoir les patients, d'éveiller la conscience de leurs gencives, ça va déboucher sur un traitement.

Dans les CPTS, il y a une mission socle, qui est la prévention. Il faut que les chirurgiens-dentistes s'investissent et montrent que nous avons un rôle à jouer dans les missions socle prévention. Nous avons un rôle à jouer dans ces CPTS, par l'intermédiaire de cette mission socle.

F. Lossent

Jean-Marie Duval, infectiologue à l'hôpital Bichat, vous êtes venu témoigner de l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire, d'une prise en compte de l'hygiène bucco-dentaire, pour des patients qui ont des pathologies cardiaques.

X.-M. Duval

Oui, et spécifiquement, avec mon collègue, le professeur Bernard Lung, on travaille sur l'endocardite infectieuse. Une maladie bactérienne des valves cardiaques qui nécessite, pour éviter les récurrences après son traitement aigu, que des soins bucco-dentaires soient effectués.

L'endocardite infectieuse tue 100% des patients quand elle n'est pas soignée. Une maladie rare dont il faut se préoccuper.

Elle est très bien prise en charge dans la phase aiguë, mais la lutte contre les récurrences est assez mal faite, à la fois par nous-mêmes, les infectiologues, les cardiologues et par nos collègues chirurgiens-dentistes, probablement à cause de problèmes de communication.

Et souvent, parce que celui qui communique, c'est le patient, qui fait le lien entre nos différentes spécialités.

Quand on étudie cette adhésion à la prophylaxie, qui est standardisée, connue, on se rend compte que même chez les sujets les plus à risque de refaire une endocardite, cette adhésion n'est pas bonne.

F. Lossent

Vos recommandations sont peu connues ou mal suivies. Il y a des explications ?

X.-M. Duval

Il y a plusieurs raisons. Effectivement, le patient est au centre de ces différentes spécialités (cardiologie, infectiologie, chirurgien-dentiste). Et quand on interroge le patient, le chirurgien-dentiste, le cardiologue, l'infectiologue, les trois connaissent bien les parties des recommandations qui les concernent. Le patient, quant à lui, connaît correctement les mesures qui nécessitent son intervention.

Cependant, pour que les recommandations soient correctement appliquées, il faut la connaissance des quatre intervenants dans tous les domaines.

Malheureusement, force est de constater qu'il est difficile de faire en sorte que chacun des spécialistes soient compétents dans l'ensemble des domaines. Ce qui n'est pas étonnant. Et pour y arriver, il faut améliorer la communication entre les spécialistes. Nous avons essayé de développer avec nos collègues cardiologues, et c'est eux qui l'ont financé avec l'AEPEI, la carte de prophylaxie, qui, remise au patient, sert de trait d'union entre les spécialistes. Cependant elle est souvent perdue par les patients ou peu connue.

F. Lossent

Cette carte est-elle un outil pertinent ?

X.-M. Duval

C'est un outil qu'on a développé depuis une vingtaine d'années, qui est gratuit pour les patients et les professionnels, payés par la Société Française de Cardiologie. On espère que c'est un moyen d'être un trait d'union entre les différentes spécialités. Mais on est loin de ce qu'on espérait en matière de prophylaxie.

B. lung

Cela m'a fait plaisir d'entendre Philippe Bouchard dire que l'endocardite est bien connue. Ça prouve que vous percevez le fait qu'une collaboration entre différentes sociétés savantes existe de longue date. Les recommandations sur la prévention de l'endocardite ont été parmi les premières recommandations. Les recommandations américaines remontent au début des années 1950. Ces recommandations reposaient à l'époque sur des niveaux de preuve extrêmement faibles. Et même maintenant, elles sont encore discutables.

Mais au moins, cela montre que, lorsque cette collaboration est poursuivie de longue date, elle passe dans le domaine commun. Si on parle à un cardiologue, à un infectiologue, à un dentiste de l'endocardite infectieuse, il sait qu'il a un rôle à jouer dans la prévention. Ce qui est un contraste considérable par rapport à tout ce qui a été dit sur la parodontopathie et l'athérosclérose.

L'athérosclérose est beaucoup plus fréquente que l'endocardite infectieuse. Elle était, il y a quelques années, la première cause de mortalité dans les pays développés. Et la sensibilisation du cardiologue sur cette pathologie est beaucoup moins importante que celle de l'endocardite. Donc, je voudrais insister sur l'importance du travail commun, notamment à travers les recommandations de pratiques. C'est ce qui parle le plus aux praticiens.

Outre les grandes pathologies, j'ai eu la chance de participer à des travaux communs avec la Société Française de Chirurgie Orale sur la prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires, sur les soins dentaires sous antithrombotiques.

Ce sont des travaux qui ont une importance considérable pour la prise en charge des patients, en particulier en cardiologie. Pendant des années, chez un patient sous anticoagulants, on ne faisait pas de soins dentaires sans faire un relais.

C'était extrêmement compliqué et signifiait une hospitalisation longue, avec des complications à la clé. Au bout d'un moment, le patient était le premier à se dire "je ne vais pas voir le dentiste, cela va déboucher sur quelque chose de difficile". Jusqu'à ce que nos collègues odontologistes démontrent qu'on pouvait faire des soins dentaires sous anticoagulants, que non seulement c'était faisable mais que c'était plus sûr. Après il faut prendre son bâton de pèlerin : il faut faire changer les pratiques, ce qui prend du temps.

Mais le fait d'avoir un texte de recommandations clair (le premier est sorti en 2005, actualisé en 2015), validé par l'ensemble des sociétés savantes impliquées a été énorme : cela nous a donné un argument solide pour développer ces pratiques.

Je terminerai sur un autre travail multidisciplinaire récent. Ce n'est pas un texte de recommandations, parce qu'on estimait ne pas avoir un niveau de preuve suffisant. Mais c'est une mise au point, un « position paper », sur le diagnostic et la prise en charge des pathologies orales chez les patients valvulaires. Là aussi, on a essayé de faire évoluer les lignes.

Dans les textes de recommandation d'il y a une vingtaine d'années, il n'était pas question de faire des soins conservateurs chez un patient à risque atteint d'endocardite infectieuse. En gros, on interdisait à peu près tout sauf l'extraction dentaire. Là aussi, les patients disaient : "je ne suis pas allé voir mon dentiste, mais si c'est pour me faire retirer les dents à chaque fois, à la limite je vais bien comme ça."

On manque de données solides. Mais attention, il faut peut-être réviser nos principes de précaution. Et pas tout le temps ouvrir le parapluie le plus large possible, en disant « il n'y aura pas de risques et tentez les tous, on verra bien après ».

Dans un texte sorti il y a trois ans, on promeut la possibilité de soins conservateurs. Tout l'objectif, c'est d'encadrer les pratiques. Mais le fait d'avoir ces collaborations sur des études aussi bien fondamentales que cliniques est absolument essentiel. Tous ces travaux de textes de recommandations sont extrêmement importants pour favoriser cette collaboration. Et sur le fait, qu'il y a des progrès à faire.

Il y a des recommandations assez claires. Le problème, c'est que quand on voit comment cela se passe en pratique, on déchant. Faire des textes, c'est bien, mais il faut toujours voir comment ils sont appliqués. Si on fait des parallélismes, la moitié des hypertendus sont dépistés. Et seule la moitié d'entre eux sont traités de façon optimale. Donc, faire des textes globaux c'est bien, mais après, il faut vérifier l'application sur le terrain.

F. Lossent

Vous avez mis l'accent sur les textes de recommandations. Avec un point d'interrogation : quand ils évoluent, ce n'est pas évident de s'y retrouver. Il faut se former, se mettre à jour régulièrement ?

B. lung

Cela souligne l'importance de communiquer régulièrement. Il y avait eu un changement de modèle dans la prévention de l'endocardite, où on avait restreint les indications d'antibioprophylaxie, en insistant sur les mesures d'hygiène non spécifiques.

La première partie du message est bien passée, la deuxième, moins. Cela passe par des choses aussi simples que la présentation du texte, la forme. Ensuite, il faut diffuser le message. Ce n'est pas toujours gratifiant, parce qu'il faut répéter sans cesse la même chose.

La grande majorité de nos patients sous anticoagulants ont des soins dentaires sans modifier le traitement, en ambulatoire, et ça se passe bien. Pour ceux qui ont connu les deux périodes, ils ne veulent plus entendre parler de quoi que ce soit d'autres.

F. Lossent

Jean-François Thébaut. Vous êtes le vice-président de la Fédération Française des Diabétiques. On rappelle cette évidence : les diabétiques sont très vulnérables aux infections bucco-dentaires. Vous confirmez ?

J.-F. Thébaut

Oui. Tout ce qui a été dit est très important et nous le partageons. Quelques mots sur la Fédération Française des Diabétiques qui ne regroupe pas loin d'une centaine d'associations fédérées locales, en gros une par département. L'importance de notre action est une action locale, territoriale, au contact des patients : 4 millions de diabétiques, plus de 2,5 millions pris en charge à 100% par l'Assurance-maladie.

La plupart sont des diabétiques de type 2, donc concerné au premier chef par ce que vous venez de dire. Même si les diabétiques de type 1 plus âgés rejoignent les mêmes pathologies, donc on est très concerné.

Les missions de la Fédération Française des Diabétiques ? Créer du lien afin de soutenir les patients pour qu'ils deviennent les plus autonomes possible.

C'est l'accompagnement des patients, accompagnement par les pairs, d'autres patients en soutien thérapeutique, psychologique. Une grosse partie de la participation à l'éducation thérapeutique passe par le programme Elan solidaire qui a permis de former plus d'un millier de bénévoles actifs, qui sont, soit des patients experts en éducation thérapeutique, soit des bénévoles qui accompagnent les patients et les informent.

C'est une autre mission de l'association : informer. On a beaucoup parlé de la nécessité d'informer les patients, pour qu'ils soient au courant des risques, qui ont été très bien développés par le professeur Bouchard.

J'ai bien aimé la notion de check-lists. C'est vrai, c'est une chose qu'on pourrait mettre en place. On avait auparavant des carnets (papier) de suivi des diabétiques. Un certain nombre comportait un volet sur les vaccinations, sur le fond d'œil. Malheureusement, ces carnets sont devenus électroniques et n'incorporent plus ces recommandations.

Mais ces check-lists sont une chose importante, sur laquelle on va à nouveau réfléchir.

Deux choses fondamentales ont été dites : la prévention qui fait partie des missions de la Fédération à tous les niveaux. Au niveau de la prévention primaire : on accompagne sur la précarité, les patients souvent les plus vulnérables sont ceux qui sont précaires et ont des déterminants sociaux les plus faibles. D'ailleurs, on reparlera du service Sophia qui privilégie cette population pour essayer de les aider.

Un autre point important a été dit sur le parcours de santé. La personne qui fait le mieux le lien, c'est le patient. Et c'est vrai, c'est souvent lui qui réalise en partie le suivi recommandé, les bilans, etc. Pour preuve : j'ai été cardiologue. Très souvent, les patients diabétiques venaient me voir à leur initiative, dans le cadre de leur parcours de soins et reprenaient rendez-vous régulièrement.

Ça devrait être la même chose avec les chirurgiens-dentistes ou avec l'ophtalmologue. Là où ça coince le plus, c'est sur les actes qui doivent être prescrits. Comme le bilan rénal ou le bilan podologique, parce qu'il faut une prescription du médecin traitant, et souvent, ils n'y pensent pas.

F. Lossent

Quand on parle de la nécessité d'une meilleure formation des médecins traitants, cela veut dire quoi précisément ?

J.-F. Thébaut

Ce n'est pas une question de formation : ils le savent. Mais ils sont débordés. Ils voient les patients généralement pour une chose et il faut repenser à tout l'ensemble. Donc, c'est le principe des check-lists. L'usage de l'informatique permet de rappeler des informations. Mais le médecin, il en a des dizaines sur son ordinateur.

Le rôle du patient est fondamental pour qu'il rappelle, lui-même, de faire son fond d'œil, etc. C'est à notre rôle d'association de faire passer cette information. C'est le rôle de l'éducation thérapeutique bien entendu. Malheureusement, il n'y a que 10 à 15% qui peuvent avoir accès à de l'éducation thérapeutique.

F. Lossent

Le dossier médical partagé (DMP) peut-il aider les patients à ne pas rater d'échéances, de rendez-vous importants ?

J.-F. Thébaut

Il devrait pouvoir le faire. Mais tant que le DMP ne comprendra pas de volet à destination de l'information des patients, ce qui est prévu dans l'espace numérique en santé, tant que ce ne sera que des documents médicaux, le patient ne se sentira pas concerné. Et c'est difficile à lire. Il faudrait des fiches d'information spécifiques à la pathologie, ce qui a été montré dans les études du NHS (National Health Service) par exemple.

Si les dossiers médicaux en ligne (EHR) ne comportent que des éléments médicaux, des comptes rendus, n'intéressent pas beaucoup les patients. Outre le fait que c'est très compliqué dans l'état actuel d'y accéder.

Les freins à tout ça ? Il y a le poids de la maladie, évoqué par le professeur Bouchard, qui disait « j'ai assez de souci, on ne va pas ajouter les soins dentaires ».

Dans les maladies chroniques, pour 50% des patients, le poids de la maladie est trop important, (Étude Compare) ils essayent de limiter les interventions plutôt que de les multiplier. Mais il y a aussi le poids financier.

Très souvent, et c'est très important qu'il y ait eu ces évolutions de la nomenclature sur les soins conservateurs et sur le bilan et l'assainissement parodontal. Les patients renâclaient à aller chez le chirurgien-dentiste, ayant peur que ça leur coûte des sous.

Plus le patient est atteint de maladies chroniques graves, plus son reste à charge est important. D'où l'importance de la convention signée l'année dernière pour ces actes. Ça va nous permettre de motiver les patients en disant « allez-y, ces actes sont pris en charge ».

On remercie beaucoup les syndicats de chirurgiens-dentistes d'avoir signé cet avenant.

Autre frein : le manque d'information du patient. C'est un rôle qui pourrait être fait par les associations. On le fait. Malheureusement, on ne touche pas tout le monde. Nous comptons beaucoup sur l'espace numérique en santé pour pouvoir faire des check-lists, que ce soit pour le calendrier vaccinal ou pour les soins pour les diabétiques. Il y a beaucoup de soins à faire qui reviennent souvent. Il faut aller chez l'ophtalmologue, au laboratoire, chez le podologue, etc. Avoir des check-lists qui vous le rappellent, ce serait important.

Il y a aussi les parcours de soins en rupture chez les plus vulnérables.

Dans la population de Sophia, un service de « disease management » a été mis en place pour le diabète et l'asthme. La grande majorité des patients sont des diabétiques : il y a plus de 850 000 patients entrés dans Sophia. L'entrée est automatique à partir du moment où la demande d'ALD est faite par le médecin traitant.

Il y a une sélection qui va être faite par l'Assurance-maladie pour essayer de privilégier ces conseils aux personnes qui en ont le plus besoins. C'est une infirmière qui appelle (les appels sortants). Elle va privilégier les patients les plus précaires, les CMU, les ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ou ceux qui sont en rupture de soins.

Les soins dentaires occupent 10% de l'entretien du service Sophia. Ce sont des informations importantes. Et on va voir que c'est utile : si on compare les chiffres. Anne Abbé Denizot l'a montré à partir du SNDS (Système National des Données de Santé), on voit un différentiel au moins de 4% entre les patients qui sont dans Sophia et qui ont leurs soins dentaires, par rapport à ceux qui n'y sont pas. Malheureusement, avec le Covid-19, il y a eu un retard de soins important : moins 5% au mois de juin.

Pour terminer, je pense que ce doit être une mobilisation de tous. Le médecin traitant a énormément de choses en responsabilité, il est débordé. Il a des ordinateurs avec des systèmes d'information qui mettent des alertes en permanence, mais il n'est pas seul sur le terrain : les patients diabétiques voient aussi le cardiologue, le diabétologue.

À eux aussi de faire le relais, pour s'enquérir s'ils ont eu une consultation chez le chirurgien-dentiste.

Et ils ont leur pharmacien, leurs infirmières pour pas mal d'entre eux : tous ces professionnels de santé, de premier recours, doivent y participer. L'Assurance-maladie, les associations y participent.

F. Lossent

Les Pr. Xavier Marie Duval et Bernard Lung ont dit, « quand des dispositifs fonctionnent, il faut s'appuyer dessus, en parler et s'en inspirer ». Dr. Abbé Denizot, il y a l'exemple du programme M'T dents ?

A. Abbé Denizot

Le programme M'T dents existe depuis 2007. Il a été mis en place après 2005, la prévention étant entrée dans les notions de la CNAM. Il faut bien comprendre que l'organisme s'occupait alors avant tout de soins, peu de prévention.

À partir de 2005, la CNAM s'est beaucoup plus investie dans la prévention. Les syndicats ont appuyé les demandes de bilan bucco-dentaire que faisaient déjà l'UFSBD depuis plusieurs années. Nous soutenons le parcours de santé du patient depuis très longtemps, avec les EBD.

Actuellement, les examens de prévention sont proposés à 3 ans, 6 ans, 9 ans, 12 ans, 15 ans, 18 ans, 21 et 24 ans. Nous, militons pour d'autres bilans bucco-dentaires : 35 ans, 55 et 75 ans puis régulièrement tous les 5 ans pour préparer le risque de dépendance.

Quand on a fait l'étude SNDS, on cherchait aussi le moment de la « bascule » : quand se retrouve-t-on dans la dépendance et que les chiffres montrent que cela s'aggrave beaucoup ? On voit bien avec cette étude, que l'EBD à 65 ans est une évidence parce qu'il faut agir avant la dépendance.

La MSA a déjà commencé à le mettre en place, à la suite de nos recommandations. Les patients qui ont un chirurgien-dentiste doivent maintenir le lien avec le chirurgien-dentiste y compris lorsque la dépendance s'installe.

L'EBD des 6-18 ans évalués dans le SNDS, montre la progression de l'adhésion au dispositif. Quand on regarde les résultats, ils sont très satisfaisants. C'était le souhait de la CNAM de bien ancrer le recours au cabinet dans les habitudes des familles et des jeunes adultes. On ne peut qu'espérer que d'autres tranches d'âge clé soient aussi concernées.

Actuellement, le chirurgien-dentiste, devrait consacrer du temps à accompagner ses patients, en prévention, éducation thérapeutique, et à évaluer ses risques carieux et parodontal. Ils ne le font pas toujours car comme disait Catherine Berry, ces actes ne sont pas valorisés dans la convention, ils ne sont donc pas réalisés

Alors qu'au contraire, cela nous permettrait vraiment de prendre en charge nos patients de façon plus globale et efficiente.

L'UFSBD milite pour la reconnaissance de ces actes.

Une remarque : les patients évoquent souvent les coûts, pour expliquer l'absence de recours aux soins. Mais c'est faux : les soins dentaires sont pris en charge.

C'est la reconstitution par la prothèse qui peut être onéreuse.

Les dernières avancées avec le reste à charge zéro (RAC 0) devraient donc gommer les dernières différences concernant le faible recours aux soins, mais je n'en suis pas persuadée parce que la difficulté n'est pas dans le coût, mais dans la peur ou dans la perception qu'ont les patients de l'importance de leur santé bucco-dentaire.

F. Lossent

Dr Berry, que se passe-t-il quand vous êtes à la table des négociations : ces discours rencontrent un écho auprès de vos interlocuteurs ?

C. Berry

Ce type de discours rencontre un écho quand il y a une volonté politique.

On l'a vu pour les fluorations, quand on en a discuté, on a dit que 6-9 ans, ce n'était pas suffisant, il aurait fallu commencer avant.

Mais il y a aussi un budget à respecter et on essaye toujours d'en obtenir plus. Je précise que les bilans bucco-dentaires, au départ, c'était le BBD, c'est la convention de 1997. Avenant à cette convention, en 2000 : les Sealants rentrent.

Ils sont entrés aussi parce qu'il y a eu la MSA, c'est important cet acte là, pas un acte traumatique, facile à faire chez des enfants. Cet acte, on l'a eu grâce à l'expérimentation de la MSA avant. Je ne suis pas loin de penser que si on est arrivé au bilan de l'enfant de trois ans et de la femme enceinte, c'est parce qu'on avait travaillé à l'expérimentation avec Prévadies où il y avait un bilan tous les ans du bébé. Quand on voit un bébé, on parle aux parents : c'est eux qu'on va éveiller à cette hygiène, à la prévention, à l'hygiène alimentaire. Je suis proche de penser que c'est parce qu'il y a eu ces expérimentations qu'on en est arrivé là.

Et on continue à travailler à des expérimentations, avec la Caisse, une expérimentation de forfait. C'est ciblé mais on travaille à ce forfait de prise en charge d'un patient jeune adulte, avec un bilan qui considère toutes les composantes. Il y a aussi un bilan parodontal dedans.

B. Perrier, Secrétaire Général de l'UFSBD.

Les régimes autres que le régime général, qui peuvent avoir des populations au départ plus petites, qui peuvent oser davantage, sont favorables, notamment la MSA.

Concernant le patient diabétique : la MSA avait commencé avant à s'en préoccuper. Le régime général a pu s'emparer des résultats.

Et les complémentaires aussi. On a besoin d'agir avec d'autres systèmes, d'expérimenter, et que le système général puisse reprendre ces expérimentations lorsqu'elles sont favorables. Et ainsi permettre d'organiser des parcours santé, et de soin. On a besoin de s'appuyer, pas seulement sur l'Assurance-maladie, mais de travailler en amont avec tous les partenaires et financeurs pour expérimenter et ensuite passer au régime général.

J. Bruchier Galerneau

Mme Berry parlait d'éveil et de sensibilisation des parents. En négociation, éveiller et sensibiliser sont aussi importants. On avance des expériences pour argumenter ce qu'on demande. Ça met du temps mais ça mature. Et la négociation suivante, ça passe.

Le mot-clé, c'est l'information et la formation à tous les niveaux, même au niveau politique.

A. Abbé Denizot

Le travail réalisé avec les sociétés savantes est très important, car il permet à l'UFSBD de porter un plaidoyer politique étayé sur des bases scientifiques. Il y a un gros travail de la part de l'UFSBD pour rencontrer toutes les parties, engager d'autres spécialités, et envoyer des messages sur la prévention et la prise en charge globale.

C'est un travail de longue haleine que nous continuerons à soutenir. Le parcours du patient est décrit dans toutes les prises de parole de l'UFSBD. Et nous développons des actions ciblées sur tous types de populations.

Dans l'esprit des gens, l'UFSBD représente les enfants. Mais en réalité, il y a d'autres cibles importantes pour nous, tout un travail chez les jeunes adultes, notamment en CFA par exemple, dans les entreprises.

Nos préoccupations concernent également les EHPAD. Le dossier d'entrée en EHPAD ne prévoit pas d'item sur la santé bucco-dentaire. Nous devons travailler avec les ARS en local, pour mettre en place des programmes de suivi, d'éducation des aidants, des soignants.



Questions du public et des internautes

C. Leman, chirurgien-dentiste dans l'Aisne et Président Régional UFSBD fait remarquer qu'on parle beaucoup du curatif. Mais on ne sait pas toujours quand on est atteint d'une pathologie, on ne consulte pas pour cela ?

X. M. Duval

Nous sommes, de notre côté, dans notre relation avec nos collègues chirurgiens-dentistes, dans le préventif et de la prophylaxie. La prise en charge curative est quasiment exclusivement hospitalière.

La prophylaxie secondaire ou primaire est plutôt du domaine de la médecine de ville. Les patients, quand ils sortent de l'hôpital après la prise en charge d'une endocardite, ont la perception d'être passé à côté de la mort. Se projeter dans l'avenir, ce n'est pas si simple.

Nous avons avec Bernard Lung, dans une étude prospective, montré que la dépression, à la suite d'une maladie aussi grave, jouait un rôle important dans l'absence d'adhésion aux mesures de prophylaxie.

F. Lossent

Comment réagissez-vous à cette remarque sur la prévention et le curatif ?

J.-F. Thébaut

La prévention pour nous, patients diabétiques, est absolument majeure. On ne meurt pas du diabète mais de complications. Les deux tiers des diabétiques meurent du cœur : infarctus, insuffisance cardiaque et AVC. Sinon, il y a les amputations, 8000 amputations par an des membres inférieurs dû à la polynévrite diabétique. Pour nous, l'objectif, c'est de prévenir.

Et bien entendu, les soins dentaires, qui sont une source d'inflammations et de complications cardiovasculaires, font partie des soins à privilégier.

À la Fédération, nous développons des programmes de prévention, suivant le principe général : prévention primaire, secondaire et tertiaire. Et on ne fait pas le même programme partout.

En prévention primaire, on a décidé de s'orienter sur la précarité. Comme toujours, ce sont ceux qui ont le plus besoin, qui en font le moins et à qui on s'adresse le moins. C'est la raison pour laquelle dans la cohorte Sophia privilégie d'appeler ceux qui ont le moins recours aux soins. L'Assurance-maladie peut savoir quels sont les recours aux soins : 52% des gens dans Sophia n'ont pas recours aux soins.

Vis-à-vis des enfants et de l'alimentation industrielle, on essaye d'agir, mais on est peu aidé. Dans la loi sur l'audiovisuel, on avait porté un amendement pour limiter les 80% de la publicité alimentaire qui ont lieu aux heures d'écoute des enfants, (UFC-Que Choisir) pour les aliments nocifs, gras, salés, sucrés. Ça a été retoqué, par la commission parlementaire

La prévention secondaire a été axée sur la prévention cardio-vasculaire. Cette année, la semaine de prévention était sur l'association HTA et diabète. « Diabétiques, cherchez si vous avez de l'hypertension et hypertendus, cherchez si vous avez du diabète ».

On est train de mettre en place, à titre expérimental, des programmes de prévention tertiaire sur le rein, le cœur, le fond d'œil et sur le bucco-dentaire. On réfléchit avec l'Assurance-maladie et l'UFSBD, pour expérimenter un programme sur deux ou trois départements en sensibilisant plus particulièrement les patients diabétiques qui n'ont pas recours aux soins dentaires.

Tout à l'heure, un confrère semblait minimiser l'aspect financier. Je n'ai pas dit que ça coûtait trop cher mais que les gens avaient peur que ça coûte cher. Le message à faire passer : ces soins sont pris en charge et ça ne vous coûtera rien. C'est pour ça qu'on vous remercie d'avoir négocié ces actes qui nous permettent encore d'affiner ce message.

Une internaute

Quelle est la place des assistants dentaires sur la santé publique ?

J. Bruchier-Galerie

On a beaucoup milité, depuis 25 ans, pour que les assistants dentaires entrent au Code de la santé publique. Nous l'avons obtenu. On a un rendez-vous dans peu de temps avec le ministère pour continuer à travailler sur ce sujet à partir d'un projet élaboré au sein de la commission paritaire nationale des cabinets dentaires. Un projet d'assistant dentaire niveau 2. Le nom n'est pas encore défini. On a imaginé que ce poste d'assistant niveau 2 aurait un rôle primordial dans la prévention, dans l'information et l'éducation thérapeutique.

S. Dartevelle

Je voudrais revenir sur la question de Christophe Leman, sur le curatif et le préventif. Et rebondir sur ce qu'a dit Jean-François Thébaut.

Tout homme bien portant est un malade qui s'ignore.

J'ai relevé dans ses propos le rôle du patient, Quels sont les messages à lui faire passer pour le rendre véritablement acteur de son parcours de santé ? Une fois qu'il a une pathologie cardiaque, une maladie chronique type diabète ou autres, il est pris en main par des médecins ou des spécialistes qui eux vont interagir avec lui et avec le dentiste.

J'ai dit en introduction que le médecin généraliste était le pilier du parcours coordonné du patient. Mais finalement, le pilier, ne serait-il pas le patient lui-même.

C'est lui qui va déterminer son niveau d'implication dans sa santé. Il faut vraiment, dans notre communication et nos actions qu'on identifie bien les cibles : le patient, sain ou malade, le médecin généraliste, le spécialiste, et le chirurgien-dentiste.

S. Saporta, chirurgien-dentiste de prévention

Je suis une ancienne HU de Diderot, Paris 5. Et depuis 15 ans, j'ai un master 2 en éducation thérapeutique du patient.

Je travaille essentiellement pour le service prévention de la Ville de Gennevilliers. Je remarque, effectivement, qu'il faut se centrer sur le patient. C'est lui l'expert de sa propre maladie. Il y a des programmes d'éducation thérapeutique pour les patients, notamment du diabète : des programmes Azalée, avec des rémunérations pour des infirmières Azalée, pour des médecins qui travaillent dans ces programmes. Mais aucun financement pour un chirurgien-dentiste.

J.-F. Thébaut

La Fédération Française des Diabétiques n'a pas beaucoup d'argent, mais on a des budgets fléchés sur ces programmes de prévention qui peuvent être utilisés. On est financé, modestement, par l'Assurance-maladie sur l'éducation thérapeutique dans le programme Élan solidaire.

On a des financements réguliers par le Fond national de démocratie sanitaire sur les actions de prévention.

Et si la corporation professionnelle des chirurgiens-dentistes veut travailler avec nous sur des actions de prévention, on est tout à fait disposé à collaborer pour mettre en place des programmes expérimentaux qui pourront être déclinés avec nos associations locales.

Pour faire des actions concrètes sur le terrain, on a besoin de la coopération des professionnels, des sociétés savantes et des syndicats professionnels.

C. Berry

Il faut effectivement aller chercher l'argent avec beaucoup d'arguments. Pour reparler financement, on a une expérimentation sur laquelle on travaille auprès de la Caisse. On essaye d'obtenir un financement à partir de l'article 51.

On travaille sur le forfait de prise en charge. On a des risques légers, moyens, importants, des forfaits de prise en charge différents. Et c'est une prise en charge globale du patient, sur les soins, la parodontie, l'éducation thérapeutique, avec des rémunérations différentes en fonction des risques.

Si on arrive à avoir un bras de levier qui nous montre que cette action est intéressante et à long terme économique pour la société il est évident que ça passera. A chaque fois, qu'on est allé chercher des financements pour des actes de prévention, c'est parce qu'on a toujours mis en avant l'argument des économies à moyen terme.

En sachant que tout ce qui est éducation thérapeutique, c'est de la répétition. Je me souviens toute petite, on avait : « Vos dents sont vivantes, brossez-les ! Il y avait des campagnes nationales. Aujourd'hui, je la reprends dans mon cabinet.

Quand auprès d'une population, on ne continue pas à financer des grandes campagnes d'éducation, on est un peu démuni dans nos cabinets et les petites structures, à essayer d'avancer, de faire de l'éducation thérapeutique quand on n'a pas le soutien des politiques au niveau national.

Un internaute

Quelle est la formation des chirurgiens-dentistes concernant les patients atteints d'Alzheimer ? Comment les soigner en tenant compte de leurs comportements ?

J. Bruchier Galerneau

Il existe peu de formations spécifiques pour les praticiens sur la prise en charge de ce type de patients. Il faut une démarche volontaire pour s'y intéresser.

F. Lossent

Comment faites-vous ?

J. Bruchier Galerneau

J'ai suivi une formation qui s'intéresse plus à la spécificité des différents handicaps et à l'abord du patient.

F. Lossent

Pour des chirurgiens-dentistes qui souhaiteraient s'acculturer, cela peut-il se faire dans le monde universitaire ?

A. Abbé Denizot

Pas uniquement universitaire. Il y a des grandes avancées sur le handicap en général.

Il faut bien comprendre que le dentiste ne voit pas forcément son patient comme étant Alzheimer, polyhandicapé, etc. Il voit sa difficulté au cabinet. Il peut avoir un autiste très facile à soigner et un autre pas du tout.

On est sur une gradation de la difficulté de l'acte, qui sera moins attaché à sa pathologie. Il y a des avancées quand même avec les actes, pour lesquels l'UFSBD a beaucoup milité pour la spécificité de la prise en charge de ces patients. Avec des coefficients qui nous aident.

Actuellement, ça ne tient pas compte des patients Alzheimer, c'est vrai. Mais on a une cotation handicap correcte. On espère qu'elle sera élargie aux personnes âgées.

On aimerait que cette possibilité soit aussi élargie aux petits enfants, parce qu'ils ne sont pas toujours faciles à soigner. L'UFSBD s'est beaucoup impliquée sur la prise en charge du handicap et de la dépendance.

Nous avons récemment publié un guide sur la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. Téléchargeable gratuitement sur le site de l'UFSBD, il décrit les étapes possibles pour accompagner ces patients spécifiques.

Vous trouverez également sur notre site notre programme de formation complet pour les établissements et les aidants professionnels.

Nous souhaitons également proposer des formations pour aider les chirurgiens-dentistes à prendre en charge les patients en situation de handicap.

F. Lossent

Avec notamment l'idée de visite blanche ?

A. Abbé Denizot

Oui. Il est souvent nécessaire de faire connaissance avec son patient, de l'appivoiser. Nous avons élaboré des fiches pratiques pour les praticiens, pour les établissements, pour les patients à domicile : Les prises en charge sont diverses et multiples.

C'est un point sur lequel la profession est réellement engagée. L'UFSBD soutient ce programme depuis longtemps, nous avons évalué toutes ces expériences, et on a tiré des conclusions. Notre objectif est de donner des pistes à chacun pour mieux assurer cette prise en charge globale.

F. Lossent

Vous, praticiens, vous avez des alliés nouveaux : on parle des correspondants en santé orale par exemple dans le secteur médico-social...

A. Abbé Denizot

L'UFSBD a proposé d'identifier dans les établissements médico-sociaux des correspondants en santé orale, et de les former parce qu'on s'est rendu compte qu'il était important de soutenir ceux qui font ce travail quotidien d'hygiène bucco-dentaire dans les établissements. Brosser les dents à quelqu'un qui n'en a pas envie, c'est difficile.

C'est un travail qui n'est pas toujours visible. Les correspondants en santé orale ont pour mission de soutenir les équipes, et de faire vivre au quotidien la prise en charge de la santé bucco-dentaire des résidents.

Les programmes de suivi par la télésurveillance, avec intelligence artificielle sont un soutien à cette dynamique, en plus de la possibilité de détection précoce des pathologies.

Un internaute

Quel financement pour les aidants ?

C. Berry

Aujourd'hui, aucun. Quand on a commencé les discussions conventionnelles au début de cette nouvelle convention, on avait une diapositive qui nous présentait les suppléments pour les publics fragiles, qui comportaient les résidents Ehpad, les personnes âgées dépendantes. Et ça s'est terminé en polyhandicap lourd parce qu'on a restreint la population.

C'est toujours le même souci : la prise en charge, quand vous ajoutez les personnes dépendantes et les personnes phobiques, on arrive à un large panel de personnes et donc un financement qui doit être à la hauteur. Malheureusement aujourd'hui, pour les aidants, il n'y a rien.

A. Abbé Denizot

Ce sont les établissements qui financent avec l'aide des formations continues. Ils ne financent pas le travail mais la formation.

Pour donner un exemple, dans les maisons de retraite, on considère qu'il y a 50% en équivalent temps plein de personnel par rapport aux résidents. Avec parfois, un nombre de toilettes important à faire. Quand on leur dit qu'il faut brosser les dents matin et soir, c'est compliqué. Ça ne veut pas dire qu'elles ne veulent pas s'impliquer dans ces programmes.

On observe une vraie prise de conscience. Et on espère que des solutions seront trouvées pour augmenter le nombre de personnels soignant dans les EHPADs.

Les aidants sont motivés. Il faut se rendre compte de la difficulté que ça représente dans les établissements. Mais il ne faut pas oublier le domicile : les personnes handicapées et dépendantes, à domicile, c'est aussi un vrai souci.

Les modes d'intervention en prévention et promotion de la santé aujourd'hui

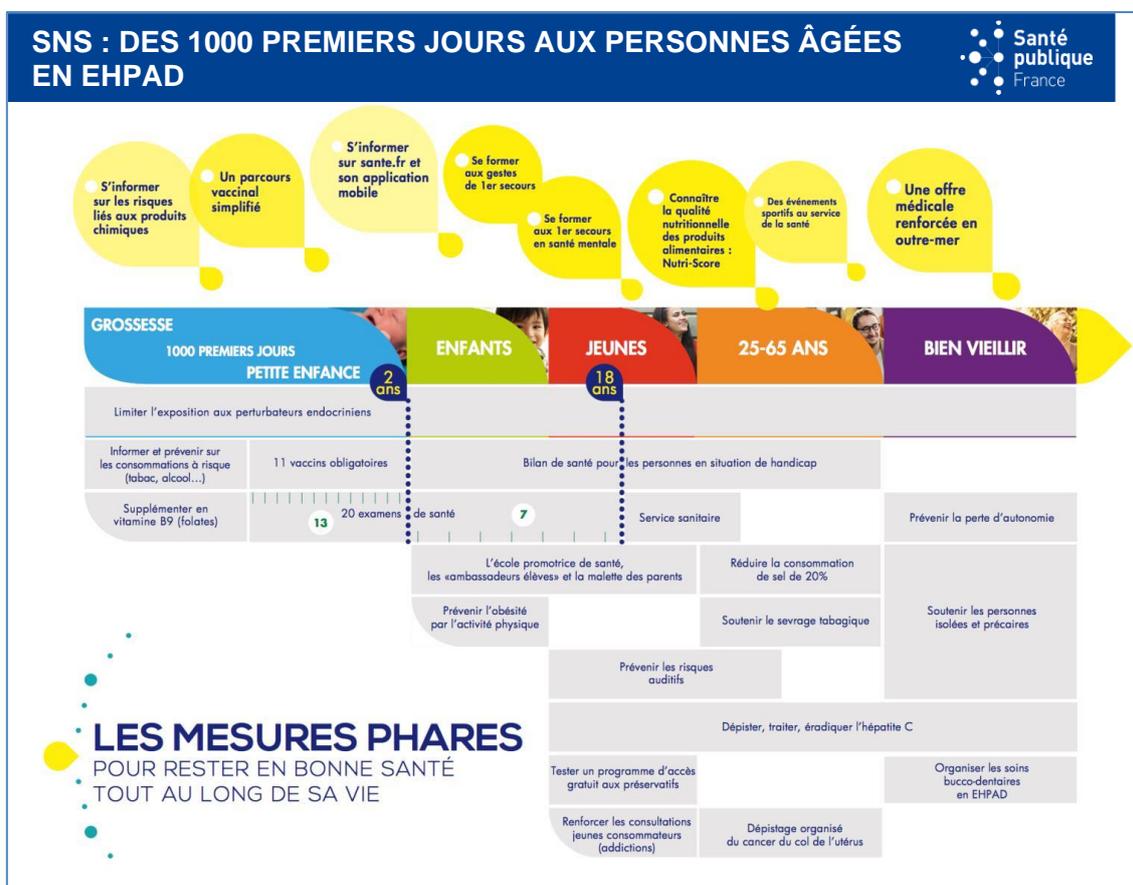
M. Pierre Arwidson, directeur adjoint à la prévention/promotion de la santé à Santé Publique France.

P. Arwidson

Ce que je vais présenter trouve ces racines dans ce qui s'est dit ce matin. Je dois préciser que je suis extérieur à ce champ du bucco-dentaire. Je vais parler des évolutions de la manière dont on travaille en prévention de la santé sur d'autres sujets. Et voir comment la santé orale s'installe. Et comment mieux travailler ensemble.

Il y a une chose assez nouvelle dans la stratégie nationale de la santé, c'est une approche par âge de la vie, qui va des mille premiers jours jusqu'aux personnes âgées. On essaye de se réorganiser pour travailler en âge de la vie, ce qui permet d'aborder plusieurs sujets et d'introduire des sujets oubliés pour une population donnée.

Pour l'instant, on travaille plutôt sur les mille premiers jours, avec Adrien Taquet (Secrétaire d'État en charge de l'Enfance et des Familles auprès du ministre des Solidarités et de la Santé, NDLE). Le sujet santé orale s'installe naturellement dans ce schéma : on retrouve dans le schéma ci-dessous les soins buccodentaires dans les EHPADs dans la partie vieillir en bonne santé.



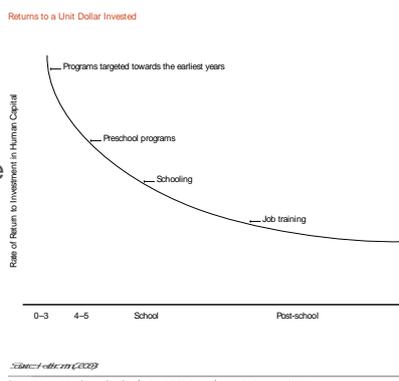
Autre élément important : la notion d'efficacité. On a parfois tendance à faire de la prévention symbolique. Là, c'est fini.

On a parlé ce matin de montrer l'impact d'un investissement. Il faut faire des interventions efficaces qui ont un impact attendu, qui permettent de faire des économies dans le futur. C'est le schéma de Jim Heckman, prix Nobel d'économie, qui explique que les investissements faits au jeune âge sont ceux qui ont le meilleur retour sur investissement. Il est par ailleurs nécessaire de développer la collaboration intersectorielle entre santé, social, logement, etc. Une autre évolution importante est l'internationalisation des plans de prévention.

QUELQUES ORIENTATIONS



- Efficacité : améliorer les actions locales de prévention : les fonder sur des preuves
- Efficience : retour sur investissement / économie de la prévention
- En particulier : investir précocément (les 1000 premiers jours)
- Collaborations intersectorielles
- Collaborations internationales



Return on Investment: Cost vs. Benefits | James J. Heckman | www.heckmanequation.org

Dans les stratégies nationales de santé – il y en a une en 2013 et une en 2017 – il a été écrit qu'il fallait faire une prévention scientifiquement prouvée, avec des programmes efficaces, soit sur la base de recherches françaises, soit internationales.

STRATÉGIES NATIONALES DE SANTÉ (2013 & 2017)





- Il convient de développer une **prévention scientifiquement fondée**.
- Deux pistes sont à suivre : importer et adapter des programmes validés ou prometteurs par le repérage des **programmes efficaces** dans la littérature internationale ; partir des initiatives françaises existantes (tabac, alcool, substances psycho actives, activité physique...).



- La recherche et l'innovation en santé publique doivent être développées au bénéfice des politiques de prévention afin de définir constamment des indicateurs pertinents et des **méthodes efficaces** et de tirer le meilleur parti des expériences étrangères.

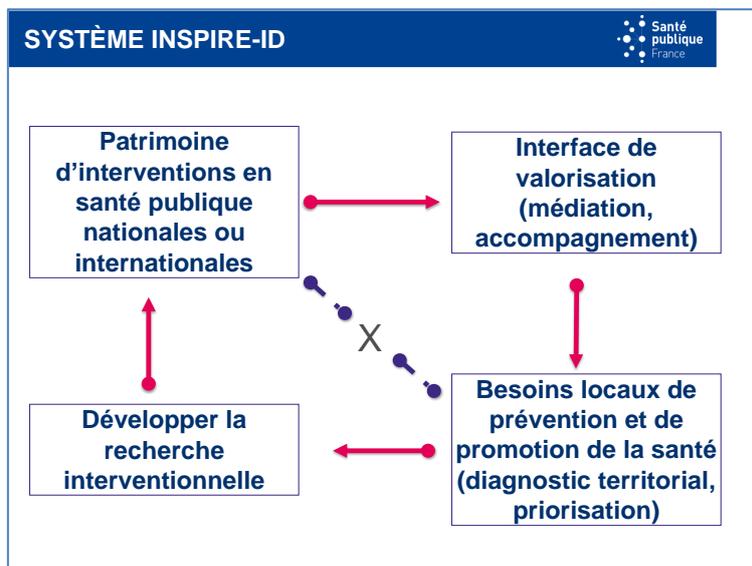
Il ne faut pas faire des choses qu'on pense être bien mais utiliser des actions efficaces. Il y a un dispositif qui se nomme InSPIRe-Id (Initiative en santé publique pour l'interaction de la recherche, de l'intervention et de la décision, NDLE), piloté par le directeur général de la santé. L'idée, c'est de tirer le maximum du patrimoine d'interventions en santé publique nationale et internationale. La littérature scientifique est très difficile d'accès donc il est nécessaire de créer une interface facile d'accès pour les chefs de projets locaux.

Colloque « Parcours coordonné du patient et santé bucco-dentaire »
23 octobre 2020

35

[Retour au sommaire](#)

C'est ce qu'on a essayé de commencer à faire. Il y a également des besoins locaux de prévention, et ces besoins locaux de prévention, ça peut aussi aider à développer la recherche interventionnelle. Ce qui fait un cercle vertueux.



Nous commençons à construire un répertoire des interventions efficaces et prometteuses en prévention et promotion de la santé. Ce projet est un premier pas. Les ARS souhaitent souvent financer de préférence des actions qui ont une preuve d'efficacité.



Autre chose qu'on essaye de développer : avec l'Agence nouvelle des solidarités actives, créée par Martin Hirsch, désormais directeur de l'AP-HP, on essaye de construire un travail avec d'autres secteurs, qui ont le même souci de faire des politiques publiques ayant montré la preuve de leur efficacité.

En particulier, il y a eu le fonds d'expérimentation jeunesse. Il y a le travail de la CNSA, de la Cnaf, et au sein du service de modernisation de l'action publique, avec la DITP (direction interministérielle de la transformation publique), qui travaille avec une structure britannique qui soutient de nombreux pays et qui s'appelle Behavioral insight team. Une manière d'instiller une approche scientifique dans la politique publique.

Une étude a été publiée en 2017 : une analyse comparative des What works centers britanniques ? On a essayé de voir ce qu'on pouvait en tirer en France. Et on est en train d'en faire un manuel sur le sujet qui sortira début 2021.

COLLABORATIONS INTERSECTORIELLES




Autres secteurs qui font l'effort d'améliorer l'action publique

- l'éducation et jeunesse (Fonds d'expérimentation jeunesse, conseil scientifique de l'Education nationale)
- le vieillissement et le handicap (CNSA)
- l'enfance (CNAF)
- la modernisation de la l'action publique (DITP) Collaboration avec le Behavioural Insight Team

Allard C, Rickey B. What works Centres britanniques : quels enseignements pour des politiques fondées sur la preuve en France ? ANSA: 2017.

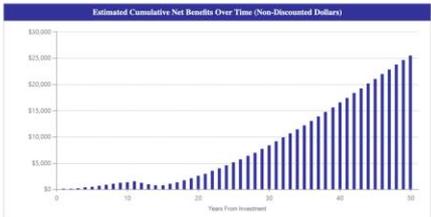
On a parlé de retour sur investissement : vous avez un programme simple nommé GBG qui consiste à aider les professeurs d'école en CP et CEI à permettre aux enfants de travailler en équipe, en jouant à avoir des comportements favorables en classe.

Ce programme qui permet d'installer un meilleur climat de travail en classe dans les petites années, a des effets 15 ou 19 ans après. Avec un retour sur investissement très important, mesuré sur 50 ans : pour un dollar investi, il y a 60 dollars récupérés. L'investissement qu'on fait aujourd'hui, n'aura pas forcément d'effet demain mais pourra avoir un effet dans 10, 15 ou 25 ans. Mais si on le sait, ça permet de faire le plaidoyer pour mettre en place cette action.

GOOD BEHAVIOR GAME (BENCHMARK DE WSIPP)


Public Health & Prevention For questions on benefit-cost results relating to Public Health & Prevention, contact [Eva Westley](#).

Program name <small>(click on the program name for more details)</small>	Date of last literature review	Total benefits	Taxpayer benefits	Non-taxpayer benefits	Costs	Benefits minus costs (net present value)	Benefit to cost ratio	Chance benefits will exceed costs
School-based								
Positive Action	Sep. 2018	\$31,159	\$7,950	\$23,209	(\$1,063)	\$30,096	\$29.32	94 %
School-based programs to increase physical activity	Nov. 2015	\$17,180	\$3,798	\$13,381	(\$493)	\$16,686	\$34.81	66 %
Mentoring: School-based by teachers or staff	May. 2018	\$20,119	\$4,627	\$15,491	(\$3,469)	\$16,650	\$5.80	71 %
Caring School Community (formerly Child Development Project)	Apr. 2018	\$11,517	\$2,631	\$8,886	(\$1,100)	\$10,417	\$10.47	60 %
Good Behavior Game	Mar. 2018	\$10,073	\$2,749	\$7,324	(\$160)	\$9,913	\$62.80	76 %

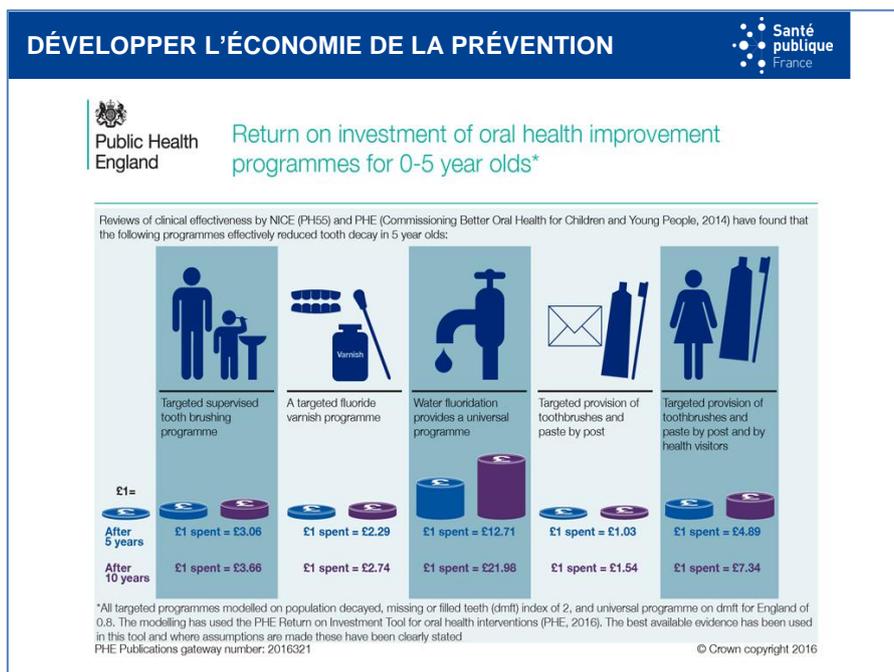


<http://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost/Program/82>
<https://grvs06.org/good-behavior-game-gbg/>

Nos amis britanniques de Public Health England ont créé une équipe « économie de la prévention ». Et ils commencent à faire du plaidoyer : si on fait telle action de santé bucco-dentaire, pour une livre investie, voici ce qu'on économise. Ce sont des schémas très simples qui ont une grande force.

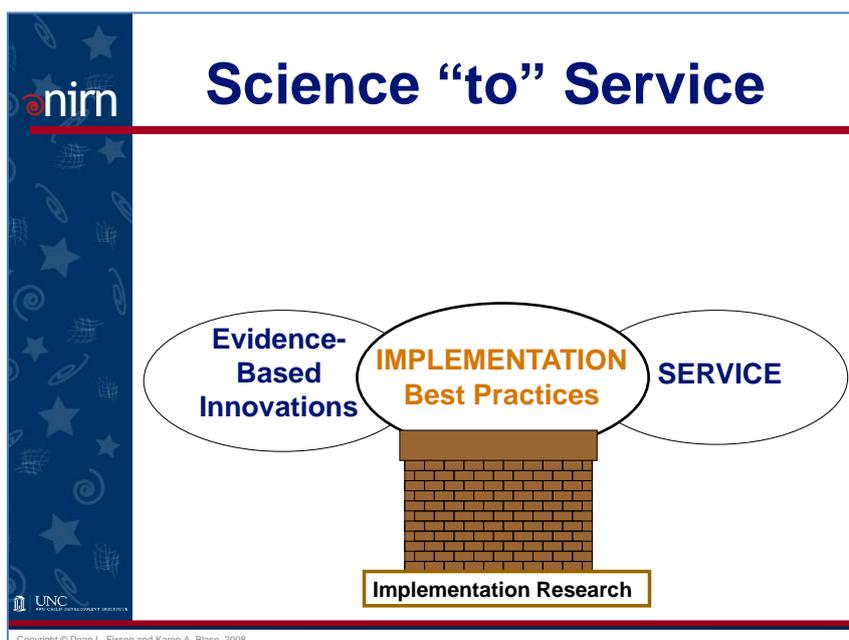
Il faut réussir à faire pareil en France. La nouvelle directrice générale de Santé Publique France est tout à fait en phase avec ça.

Maintenant, il faut trouver les moyens de construire une équipe ou des alliances avec des chercheurs en économie pour essayer de faire ce plaidoyer et ces calculs qui nécessitent un peu de modélisation.



Le paradoxe : on a aujourd’hui plein de recherches qui dorment dans des revues scientifiques. Et il y a un fossé entre les expérimentations qui ont montré un effet et qui sont décrites au sein d’articles scientifiques et le service qu’on offre à la population.

Le sujet, c’est de faire le lien entre cette recherche et ce qui est offert au public. Il y a une science, la recherche en implémentation (implémentation science), qui étudie comment faire ce lien.



On peut prendre d’autres exemples qui ont déjà une base de recherche et une politique internationale, comme le tabac.

Le premier traité de santé au monde, la convention cadre de lutte anti-tabac (CCLAT), a été fait sous l'égide des Nations Unies. Des travaux, auxquels on participe, essayent d'évaluer les politiques publiques mises en place dans différents pays. On voit que les expériences sont reproduites. Le paquet neutre a été introduit en Australie en 2012 et en France en 2017. Et on s'est fait aider par les Australiens pour éviter un certain nombre d'erreurs.

Voilà, un exemple de coopération internationale. Autre exemple : le Stoptober, que le Public health England a introduit en 2012.

On a vu l'impact de cette approche. En 2016, on a reproduit ce projet. On a obtenu des résultats similaires avec 350 000 tentatives d'arrêt générés en Grande-Bretagne et on en avait 380 000 en France. En adaptant un programme britannique, on a eu l'impact qu'on espérait, malgré les craintes qu'on avait.

INTENSES COOPÉRATIONS INTERNATIONALES DANS LE DOMAINE DU TABAGISME



- Convention-cadre de lutte antitabac
- International tobacco control policy evaluation (Pr Geoff Fong, Université de Waterloo)
- Paquet neutre (Australie 1 décembre 2012, France 1^{er} janvier 2017)
- Stoptober (2012 Public Health England, 2016 Santé publique France) sous le nom Mois sans Tabac (350 000 tentatives d'arrêt générées en GB, 380 000 en France) *Guignard et al Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2018, n°. 14-15, p. 298-303*

Sur le tabac, il y a une stratégie internationale, portée en 2005 par l'OMS, rebaptisée MPOWER plutôt que CCLAT. C'est une manière de simplifier les différents éléments stratégiques.

Et sur l'alcool, il y a Safer. L'idée, c'est d'avoir des packages stratégiques qui soient faciles à transmettre. Et on voit que les sujets deviennent internationaux progressivement.

STRATÉGIES INTERNATIONALES TABAC ET ALCOL



SAFER 28 septembre 2018
3ème réunion de haut niveau des Nations Unies sur la lutte contre les maladies non transmissibles



! # \$ % & ' (%) (% * + & - \$ % & ! -) ' , 1 % * .

I .736:9786: 36073A720 2: 14A282417141D47E
" 1571:A6 1:5 6G23A6 53:J 53/7:9 A2@763 F610@360
(1A/47176 1AA600 720A366:9B D36G/76376:7/2:0 1:5 73617F6:7
\$;G23A6 D1:0 23A2FH3686:076 36073A720 2: 14A2824 1576370:9B 0H202308HB 1:5 H32F27/2:
& %106 H3A602: 14A28247832@98 6KA06 71K601:5 H3/A:9 H24A60

MPOWER 25 février 2005

Monitor Monitor tobacco use and prevention policies

Protect Protect people from tobacco smoke

Offer Offer help to quit tobacco use

Warn Warn about the dangers of tobacco

Enforce Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship

Raise Raise taxes on tobacco

Colloque « Parcours coordonné du patient et santé bucco-dentaire »
23 octobre 2020

39

[Retour au sommaire](#)

Sur la santé orale, les infections buccales partagent des facteurs de risque communs avec d'autres maladies non transmissibles, ça a été dit ce matin. L'effet de la consommation de sucres ajoutés sur la prévalence des caries. Les caries ont des effets sur le surpoids, l'obésité et le diabète.

SANTÉ ORALE, ENJEU INTERNATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ? 

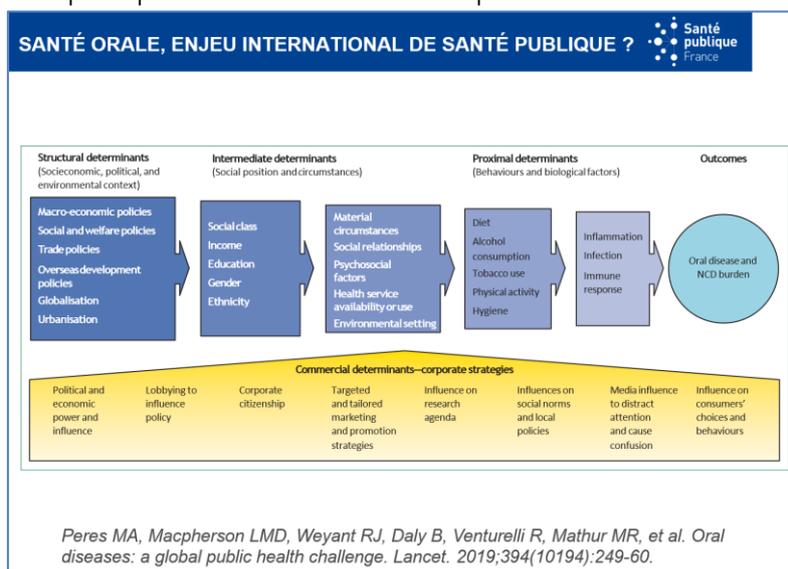
- Les affections buccales partagent des facteurs de risque communs avec d'autres maladies non transmissibles
- Effet de la consommation de sucres ajoutés (*free sugars*) sur la prévalence des caries, surpoids, obésité, diabète
- Déterminants sociaux
- Déterminants commerciaux de la santé (Hastings) : approche internationale

Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019;394(10194):249-60.

Vous voyez ci-dessous les déterminants communs entre maladies orales et maladies non transmissibles. En ce qui concerne les déterminants sociaux, on voit que les maladies sont réparties selon la classe sociale.

On a aussi des déterminants commerciaux de la santé, nommés ainsi d'après Gerard Hastings, pour lesquels il est nécessaire d'avoir une vision internationale, les entreprises agroalimentaires ayant une portée internationale et des stratégies d'influence qui se reproduisent de pays en pays. Un cet article du Lancet, il est montré que le sujet de la santé orale commence à avoir une portée internationale. Le titre du papier : les maladies orales sont un enjeu de santé publique internationale. Et vous avez, sur ce schéma, une tentative de mettre l'ensemble des déterminants, les déterminants sociaux et les déterminants selon les consommations, la nutrition, le tabac, l'alcool, l'activité physique ou l'inactivité physique, etc. Et les inflammations, les infections, les réponses immunitaires. Tous sont des facteurs communs des maladies non transmissibles et de la santé orale.

Mais il y a également des déterminants commerciaux qui consistent dans le marketing pour favoriser la consommation de ces produits et des opérations de relations publiques afin de réduire la portée des recherches scientifiques qui diraient du mal de leur produit.



Parmi les stratégies, on voit des pays qui commencent à introduire des taxes sucre. La France en 2012.

C'est en train d'augmenter, parce qu'au début, la taxe était faible. Il y a eu des stratégies sur le prix du tabac, sur les messages sanitaires qu'on met sur les paquets. Ce sont des stratégies qui se diffusent au niveau international.



Exemple pour la Californie qui a décidé de mettre des avertissements sanitaires sur la publicité pour les produits sucrés, en particulier les boissons sucrées. Malheureusement, la Cour fédérale a cassé cette décision. Parce que la FDA considérait que le sucre était généralement considéré comme sûr (gras).



La dentiste Cristin Kearns, qui s'occupait des soins dentaires aux diabétiques pour la compagnie d'assurance Kayser, s'est intéressée au sujet. Elle avait assisté à un congrès sur les soins dentaires aux diabétiques qui n'abordait pas le sucre. Et dans le document officiel américain, sur les recommandations pour les personnes diabétiques, il n'y avait rien sur le sucre. Attention aux acides gras saturés, au cholestérol mais rien sur le sucre. Elle a posé des questions à l'un des orateurs mais non : il n'y avait aucun sujet sur le sucre.

Dans sa bibliothèque locale, elle a découvert les archives laissées par une industrie sucrière qui avait fermé.

Et elle a découvert de nombreuses correspondances entre cette industrie sucrière locale et les structures fédérales, telle que la Sugar Research Foundation qui aidait la recherche. Elle a découvert que la fondation qui s'occupait de la promotion du sucre avait réussi à acheter une synthèse de littérature à l'école de santé publique de Harvard pour détruire l'hypothèse en train de croître sur la place du sucre dans la genèse de l'athérosclérose.

ETUDES DES DOCUMENTS INTERNES DE L'INDUSTRIE SUCRIÈRE (CRISTIN KEARNS)


Découverte de l'achat, à une équipe de chercheurs d'Ecole de santé publique de Harvard, d'une synthèse de littérature pour détruire l'hypothèse du sucre dans la genèse de l'athérosclérose (versus lipides)

Dietary Fats, Carbohydrates and Atherosclerotic Vascular Disease

Robert B. McGandy, M.D.¹, D. M. Hegsted, Ph.D.², and F. J. Stare, M.D.¹



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

August 3, 1967
N Engl J Med 1967; 277:242-247
DOI: 10.1056/NEJM196708032770505

Kearns CE, Schmidt LA, Glantz SA. Sugar Industry and Coronary Heart Disease Research: A Historical Analysis of Internal Industry Documents. JAMA Intern Med. 2016;176(11):1680-5.

Les auteurs de cet article du New England, très connu maintenant, avaient systématiquement essayé de détruire cette hypothèse qui était un peu en compétition avec celle insistant sur la piste des acides gras saturés. Quand vous avez un article publié par le The new England journal of medicine écrit par une équipe d'Harvard, vous pensez que c'est la vérité et ça s'est imposé dans ce débat d'hypothèses sur l'origine des maladies cardio-vasculaires.

Cristin Kearns a depuis rejoint l'équipe de Stanton Glantz qui a étudié les documents internes de l'industrie du tabac démontrant tout le travail secret réalisé pour contredire la recherche indiquant des liens avec le cancer du poumon. Maintenant, il y a un site Internet consultable, où s'accumulent des archives de l'industrie du tabac comme au départ mais aussi de l'industrie agro-alimentaire et y compris de l'industrie du sucre.

ETUDES DES DOCUMENTS INTERNES DE L'INDUSTRIE SUCRIÈRE (CRISTIN KEARNS)


- Les opérations de relations publiques de protection du commerce du sucre ont précédé celles du tabac
- Preuve de l'influence sur les programmes de recherche en santé dentaire

UCsf ALL INDUSTRIES TOBACCO DRUG CHEMICAL **FOOD** FOSSIL FUEL Take a tour

FOOD INDUSTRY DOCUMENTS

HOME / Results

Hide Restricted Documents Hide Folders Hide Possible Duplicates
What can I search for? Tips for better results

Search Options

Date Ranges of Documents (no dates selected) >

Food Collections all food collections selected >

Narrow Your Results CLOSE
827 Results, Sorted by Relevance
1 of 42 Pages
20 Per Page
Display

Kearns CE, Glantz SA, Schmidt LA. Sugar industry influence on the scientific agenda of the National Institute of Dental Research's 1971 National Caries Program: a historical analysis of internal documents. PLoS medicine. 2015;12(3):e1001798.
Kearns CE, Bero LA. Conflicts of interest between the sugary food and beverage industry and dental research organisations: time for reform. Lancet. 2019;394(10194):194-6.

Ce qui est intéressant : le sucre, venant de la betterave et de la canne, est une industrie qui a précédé celle du tabac. Cette industrie a eu des habitudes de relations publiques extrêmement efficaces. Les meilleurs professionnels en relation publique de l'industrie du sucre ont ensuite travaillé sur le tabac.

La diapositive ci-dessous empruntée à Kearns, montre qu'en 1950, l'objectif ultime de la recherche dentaire, financée par l'industrie du sucre, était de favoriser l'étude des moyens de réduire les caries sans réduire la consommation de sucre.

INTENSES TRAVAUX DE RELATIONS PUBLIQUES POUR
 INFLUENCER LA RECHERCHE (D'APRÈS C. KEARNS)



Sugar Industry Position on Sugar and Dental Caries - 1950

The ultimate aim of the Foundation in dental research has been to *discover effective means of controlling tooth decay by methods other than restricting carbohydrate intake.*

-Sugar Research Foundation 1950 Annual Report

Sugar Industry Manipulation of Research?

✓	Fund
✓	Publish
✓	Suppress
✓	Criticize
✓	Press
✓	Policy

Objectif ultime de la recherche dentaire : favoriser l'étude des moyens d'éviter les caries sans réduire la consommation du sucre (Sugar Research Foundation, 1950, rapport annuel)

- Financer, publier, supprimer, critiquer, relations presse, influencer les politiques publiques
- maladies cardiovasculaires, diabète, caries, nutrition et obésité

Tout ce travail de relation publique consiste à financer la recherche, aider à la publier, supprimer les hypothèses qui ne nous plaisent pas, critiquer avec notre puissance de relations presse et essayer d'influencer les politiques publiques. Il y a des plans de prévention, des plans de santé publique qui ont été pré-écrit par la fondation en question.

Et ça concerne tous les éléments qui pourraient pointer en direction du sucre : le lien avec les maladies cardio-vasculaires, les caries, l'obésité. L'objectif : entretenir le doute et montrer qu'il y a des conflits d'hypothèses.

Donc, il y a vraiment des choses en commun à faire entre la santé orale et les maladies non transmissibles. Toute la matinée, on disait qu'il y avait une difficulté à travailler ensemble. Ce titre m'a frappé : est-ce que la bouche doit revenir dans le corps ?

PROPOSITION



Oral Diseases (2009) 15, 538-546. doi:10.1111/j.1601-0825.2009.01598.x
 © 2009 John Wiley & Sons A/S
 All rights reserved
<http://www.blackwellmunksgaard.com>

REVIEW ARTICLE

The history of dentistry and medicine relationship: could the mouth finally return to the body?

CLZ Vieira, B Caramelli

Interdisciplinary Medicine of Cardiology at the Heart Institute, University of São Paulo Medical School, São Paulo, Brazil

health worldwide. This movement has already started, as was observed in a World Health Assembly resolution which called for oral health to be integrated into chronic disease prevention programs in 2007. This was a signifi-

Résolution de l'Assemblée mondiale de la santé 2007 : introduire la santé orale dans les programmes de prévention des maladies non transmissibles

Une résolution de l'OMS en 2007 dit qu'il faut introduire la santé orale dans les programmes de maladies non transmissibles. C'est le sujet d'aujourd'hui qui reste à travailler.

Robert Beaglehole et son fils Rob H. Beaglehole, de grands professionnels de santé publique au niveau mondial, ont fait un papier très récemment dans le Lancet, en disant qu'il y a deux hypothèses :

QUELLE STRATÉGIE MONDIALE ? DEUX OPTIONS POUR LES BEAGLEHOLE



Promoting radical action for global oral health: integration or independence?

- Intégrer la lutte contre les maladies chroniques soutenue par les Nations Unies (*common risk factor approach* – partage de facteur de risque mais concerne surtout les adultes)
- Mener son propre plaidoyer (enfance, inégalités de santé, déterminants commerciaux, interventions)

Rob H Beaglehole, Robert Beaglehole (Lancet 2019, 394:196-198)

1. Intègre-t-on la lutte contre les maladies non transmissibles soutenues par les Nations Unies, c'est-à-dire que la santé orale devient une partie qu'on intègre dans la prévention contre les maladies chroniques, en raison de ce facteur de risque commun. Malheureusement, ça concerne les adultes.
2. On mène un plaidoyer à part. En particulier en travaillant sur les enfants, en raison d'inégalités sociales de santé, de déterminants commerciaux qui ne sont pas tous convergents.

Il penche pour la deuxième hypothèse je pense. Mais on pourrait pencher pour la première à mon avis. C'est le sujet d'aujourd'hui : les gens ont un corps et une bouche. On les voit une fois et on doit en profiter pour faire plusieurs sujets et ne pas faire les choses séparément.



Questions du public et des internautes

Un internaute

Au-delà des principes généraux, est-ce que Santé Publique France a des actions concrètes sur ces points ?

P. Arwidson

On va organiser une session dans nos prochaines rencontres. Il a été dit, qu'avant il y avait des campagnes et des affiches au moment du CFES (Comité Français d'Education pour la Santé).

Et c'est vrai qu'on ne les a plus.

Santé Publique France est devenu établissement public administratif en 2002, il n'y a pas de lignes financières.

Il y a toujours eu des échanges très fructueux avec l'UFSBD : on a fait des articles ensemble au sein de « La revue Santé de l'homme » qui s'appelle maintenant « Santé en action ».

On a mis des questions dans nos enquêtes, qui ont été travaillées avec l'UFSBD. Il y a un vieux partenariat entre nos deux institutions, mais la plupart des choses se sont faites au sein de ce partenariat. On n'a pas d'équipe par exemple.

On a une dentiste épidémiologiste qui s'occupe des petits enfants. Il y a des ponts.

Mais c'est tellement important qu'il faut en faire plus. Il y a un souhait : on a l'aide de ces documents internationaux qui commencent à dire que c'est un sujet trop négligé au niveau international.

F. Lossent

Vous avez beaucoup insisté sur les retours sur investissement et ce changement d'approche, de doctrine des ARS, à financer des expérimentations, des dispositifs basés sur des preuves scientifiques...

P. Arwidson

Oui, l'article 51 évoqué ce matin.

Mais avant de refaire des recherches qui peuvent prendre 5-10 ans, il faut utiliser le produit de la recherche déjà publiée.

On gagne beaucoup d'années à ne pas repartir sur une nouvelle page blanche, mais plutôt à l'adapter.

Et il n'y a pas de raison qu'elle ne soit pas adaptable.

Programmes de prévention : exemple d'action

M. Saïd Oumeddour, responsable du département de la prévention et promotion de la santé de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)

Dr Anne Abbé Denizot, vice présidente de l'UFSBD

A. Abbé Denizot

Le programme M'T dents existe depuis 13 ans. Il a été initié face au constat, en 2005, qu'on devait fluidifier le parcours des jeunes, notamment les 6-12 ans, vers les cabinets dentaires pour faciliter la prévention, le dépistage, et son corollaire, la réalisation de soins, avec une ambition de répondre à des engagements sur l'amélioration de la santé orale des jeunes.

À l'époque, environ un tiers des enfants de 6 ans avaient consulté dans l'année, contre aujourd'hui, plus de deux tiers. Et l'indice CAO, à ce moment, était supérieur à 1,2 points à 12 ans.

C'est un programme vivant sur ces âges cibles mais aussi sur les modalités d'action de l'accompagnement en milieu scolaire.

Cette année, la CNAM donne une nouvelle image à ce programme de prévention avec un nouveau logo, des outils de communication renouvelés, et prochainement une campagne média.

A. Abbé Denizot

Quel bilan vous dressez sur ce programme de prévention ?

S. Oumeddour

Il a évolué avec plusieurs extensions dont les dernières sont l'extension 21-24 ans en 2018, et à l'approche des trois ans en 2019.

On a des taux de recours au chirurgien-dentiste qui ont largement progressé. On est autour de 60% pour les tranches d'âge, 6-18 ans. On a une montée en charge progressive pour la tranche d'âge plus de trois ans mais aussi pour les 21-24 ans, avec une progression très satisfaisante pour l'année 2019.

On va remettre en place de nouveau une campagne de communication qui va démarrer en 2021 pour élargir la connaissance de ce programme et en assurer la promotion. Tout ça c'est assez complémentaire des actions territoriales qui seront menées en lien avec l'Education nationale, avec des actions en CP, REP et REP+ pour l'année 2019-2020.

Il y avait 1200 classes de CP quand le programme s'est déployé. 60 000 enfants ont profité de ces actions soit de sensibilisation, soit de dépistage sur place, avec un suivi assuré par le service médical de l'Assurance-maladie pour orienter ces enfants, pour ceux pour lesquels on a détecté des problématiques de santé bucco-dentaire.

Et c'est un plan qui a vocation à se poursuivre et à s'amplifier dans les années à venir.

A. Abbé Denizot

La CNAM s'appuie depuis deux ans aussi sur les médecins, à travers la ROSP du médecin traitant...

S. Oumeddour

On a proposé de promouvoir à l'occasion des visites médicales et du suivi régulier la promotion du programme de prévention de l'Assurance-maladie. L'idée est de mettre à disposition des documents qui leur permettent de promouvoir facilement et d'attirer l'attention des parents sur le bénéfice qui leur est ouvert.

La ROSP, c'est la Rémunération sur Objectif de Santé Publique. L'idée, sur un certain nombre d'objectifs prioritaires, c'est qu'on peut progresser, notamment dans la collaboration entre professionnels de santé. Ce sujet nous est apparu important à la fois dans le dispositif du médecin traitant de l'enfant, et complémentaire de la pratique médicale.

A. Abbé Denizot

M'T dents touche les jeunes adultes de 21-24 ans. Pourquoi ? Quels sont les résultats ?

S. Oumeddour

La cible des 21-24 ans a été mise en place pour plusieurs raisons. On a mesuré dans les études sur la santé des jeunes adultes et des étudiants, un niveau de préoccupation vis-à-vis de la santé bucco-dentaire relativement faible.

La raison principale, c'est qu'on a à faire à des jeunes en bonne santé, mais qui ont tendance à négliger l'entretien de la santé bucco-dentaire. Les derniers résultats sont encourageants parce qu'on voit une montée progressive du recours au chirurgien-dentiste sur cette tranche d'âge et une participation aussi en croissance.

Un niveau qui, en 2019, est de plus de 40%. C'est un résultat encourageant en l'absence de campagne de communication.

A. Abbé Denizot

Actuellement, est-ce que la CNAM envisage de proposer aux partenaires conventionnels d'autres évolutions vers de nouvelles cibles pour des examens ou des stratégies de prévention ?

S. Oumeddour

On veut asseoir le programme dans une dynamique d'évolution de la participation, parce que dans la négociation fonctionnelle avec le chirurgien-dentiste, un certain nombre de réflexions sont en cours sur le parcours de prévention et de soins au-delà des 25 ans.

On est sur une démarche de promotion du dispositif et d'accompagnement de son évolution.

A. Abbé Denizot

En conclusion, avez-vous un message à faire passer aux participants de ce colloque ?

S. Oumeddour

La prévention et la promotion de la santé au sens large et la prévention bucco-dentaire en particulier, c'est de pouvoir accompagner nos assurés, de leur plus jeune âge jusqu'à un âge plus avancé, dans

une démarche de prise en charge mais aussi de prévention, concernant la santé bucco-dentaire avec un programme massif qui touche de nombreuses tranches d'âge, 21-24 ans, plus de trois ans.

Avec deux préoccupations : d'une part, l'articulation forte avec les professionnels concernés et les familles de façon à ce que cette préoccupation devienne une sorte de réflexe.

C'est la raison pour laquelle une campagne de communication va être lancée en 2021 pour améliorer la notoriété du dispositif, qui est déjà largement prouvée pour les enfants et les familles en bénéficiant.

On est dans une démarche partenariale articulée avec l'ensemble des acteurs qui ont vocation à accompagner la santé des enfants et des adultes, dans le champ de la santé au sens large.

Dans un espoir de poursuivre la progression de la participation à ce programme pour les nouvelles tranches d'âge introduites dans le programme et l'amélioration de la participation pour les tranches d'âge plus anciennement introduites dans le programme.

Entre pratique et parcours formalisés

Table ronde avec :

Dr Jean-Baptiste Méric, directeur du pôle santé publique et soins à l'Institut National du Cancer (INCa)

Pr Luc Frimat, vice-président de la Société Francophone de Néphrologie, Dialyse et Transplantation (SFNDT), MD, PhD Université de Lorraine

Dr Jean-Pierre Aquino, gériatre, délégué général de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)

Dr Nabil Hallouche, GHU Paris Psychiatrie et neurosciences, président de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale (ANP3SM)

Dr Benoît Perrier, secrétaire général de l'UFSBD

F. Lossent

Vous faites partie de ceux, Dr Méric, qui disent « on ne se connaît pas assez entre différents acteurs de santé ». Pourquoi c'est important de le redire ?

J.-B. Méric

Il n'y a pas de honte à dire ce qu'on ne sait pas. Je suis oncologue clinicien au départ : la santé bucco-dentaire est un grain de sable de plus dans notre parcours.

On se retrouve face à un malade à qui on vient d'annoncer qu'il a un cancer, qu'on va se lancer dans des traitements lourds.

On a déjà des milliers de questions à traiter. Et s'ajoute un autre souci, qui n'est pas forcément celui que les oncologues connaissent le mieux.

Donc, on se retrouve démuné, au début du parcours de soins. Et à la fin, ce n'est pas mieux.

Nous avons des patients qu'on a peut-être guéri de leur cancer, mais qui présentent des séquelles : cinq ans après un cancer, 60% des patients présentent des séquelles physiques, psychiques ou sociales. Et il y a forcément des séquelles bucco-dentaires face auxquelles on n'est pas très armé.

F. Lossent

Il faut accentuer les coopérations, c'est essentiel ?

J.-B. Méric

Oui. Pour nous, c'est presque un premier engagement de prendre date. On découvre une bibliographie, un monde qu'on ne connaît pas complètement dans notre domaine. Il y a un intérêt à travailler ensemble.

À prendre date pour se dire que vous avez des choses à apprendre dans le parcours de soins d'un patient atteint d'un cancer. Et en sens inverse, nous avons à apprendre du monde de la santé bucco-dentaire.

F. Lossent

Vous devez donc avoir le réflexe d'inclure le chirurgien-dentiste. Comment faites-vous ?

J.-B. Méric

C'est un moment qui devrait être systématique dans le temps de consultation.

Ça ne l'est pas toujours. Petit à petit, il y a des choses qui s'ancrent dans la culture collective. On a eu les mêmes questions avec le dépistage VIH, le dépistage Hépatite C chez nos patients, ou encore la recherche de sérologie Hépatite B, avec le risque d'Hépatite fulminante en cas de chimiothérapie.

Ce sont des choses qui sont entrées dans notre culture au quotidien.

Nous avons le même travail à faire pour la santé bucco-dentaire. Ça a été fait et cela s'est bien passé pour l'ostéoradionécrose mandibulaire. Parce qu'il y eu suffisamment de cas malheureux pour que la conscience collective s'en émeuve. Il y a eu des recommandations de l'ANSM. Il y a eu un vrai corpus de connaissance qui s'est créé.

Mais parlez à un oncologue de parodontopathie, parlez-lui des liens que ça peut avoir avec le microbiote buccal, les infections en cours de chimiothérapie, la suite des traitements et la conservation d'un état bucco-dentaire pour une meilleure nutrition. Et là, nos connaissances deviennent très basiques, nous ramenant là où nos cursus se sont séparés de nos collègues dentistes, très tôt dans notre formation.

F. Lossent

Vous dites, aux chirurgiens-dentistes, « vous aussi, ayez le réflexe de décrocher votre téléphone ou d'écrire aux spécialistes, notamment en cancérologie » ?

J.-B. Méric

Oui, il faut avoir le réflexe et le courage.

« Monsieur a tel cancer, vous allez faire tel traitement, mais ça fait quoi au juste ? » Et nous, pareil en sens inverse : « Madame nous raconte que vous allez lui faire un implant avec telle technique à laquelle je ne comprends rien, quel est le risque infectieux ? Quelles sont les étapes, combien de temps ça prend ? ».

À un moment, il faut se parler très pratiquement, au quotidien. Et franchir cette étape, « excusez-moi je ne connais rien à ce que vous faites, mais j'ai besoin de comprendre pour notre patient commun ».

F. Lossent

Vous vous retrouvez Dr Perrier dans ce que dit Dr Méric ?

B. Perrier

Tout à fait. Cette semaine, par exemple, j'ai eu un cas à gérer.

Un patient, qui a eu une annonce et qu'on envoie chez le dentiste. C'est très bien, mais le plan de traitement n'est pas défini.

Je suis un peu démuni, et ce matin, j'étais en train d'essayer d'avoir l'oncologue qui va le prendre en charge. Il y a des liens à créer. C'est difficile parce que le secteur dentaire est essentiellement libéral.

Or, la prise en charge des traitements lourds au niveau de la cancérologie est hospitalière. Donc, un lien à faire hôpital – ville, qui est un enjeu de santé d'un point de vue général. Et sur le champ dentaire, on a peu de collaboration parce qu'on a peu de chirurgiens-dentistes dans les hôpitaux. Et que les moyens de communication ne sont pas suffisants.

On parle de messagerie sécurisée de santé. Mais elles ne sont pas forcément actives, même si on a une incitation à s'orienter vers ces messageries pour fluidifier les échanges.

Dans la réalité, on n'en est pas encore là. Et ce n'est pas simple de pouvoir se coordonner.

Souvent, on voit nos patients lorsqu'ils sont en cours de traitement. On est bloqué et mis devant le fait accompli, face aux conséquences qui se manifestent. D'autant plus qu'il y a eu un changement important dans la prise en charge des cancers, avec de plus en plus de patients qui ne sont plus hospitalisés pendant leur thérapie.

Pour certains, on arrive un peu tard. Et c'est vrai que cette coordination médicale hôpital - ville est un enjeu important des années à venir, notamment dans la prise en charge de la cancérologie.

On a aussi des enjeux autour de la prévention, avec les cancers des voies aéro-digestives. Les chirurgiens-dentistes ont une place importante dans le diagnostic. On doit s'y impliquer. Et on parle souvent des facteurs tabac - alcool. Un facteur a beaucoup changé où on a des populations beaucoup plus jeunes qui sont touchés avec le HPV.

L'UFSBD promeut la vaccination du HPV dans un bénéfice pour la santé buccale d'une partie de la population.

F. Lossent

Docteur Méric, quand vous abordez la question de la santé buccale avec les patients que vous suivez, quelles sont leurs réactions ? Vous avez des éléments pour les convaincre ?

J.-B. Méric

Le bon mot, c'est convaincre.

On vient de leur parler cancer, chimiothérapie ou intervention lourde pour mes collègues chirurgiens. Et ils ont l'impression qu'on est en train de détourner l'attention. C'est un peu comme quand on entre dans des questions importantes comme la santé sexuelle, le suivi psychique.

Pour une part d'entre eux, il y a l'idée que oui, c'est important. Mais pour le cancer, là, on fait quoi ? Il faut arriver à passer cette étape. Dire : « Bien sûr, on va s'occuper de votre cancer, bien sûr que tout ce que je vous ai dit, c'est prioritaire. Mais ça ne fonctionne pas tout seul. Parce qu'on n'est pas là pour s'occuper de votre cancer, on est là pour s'occuper de vous, de ce qui va arriver tout de suite, et à plus long terme, dans la gestion d'une maladie qui soit va se chroniciser, soit a pour but d'être guérie mais avec des risques à plus long terme.

Nous avons tendance auparavant à axer l'annonce sur ce qui va se passer tout de suite en termes de traitement. Nous sommes devenus meilleurs.

Maintenant, notre annonce est beaucoup plus centrée, non plus sur le parcours de soins, mais sur le parcours de santé, le parcours de vie.

Prendre en compte le retentissement professionnel, le retentissement familial. Et d'autres éléments : 40% des patients pris en charge en cancérologie ont une insuffisance rénale modérée. Il y a quelques années, on disait, « vous avez une fonction rénale pas mal, ça nous suffira pour la chimio ». Maintenant, on dit, « attention, vous avez une fonction rénale modérément altérée, peut-être qu'il faudra mieux contrôler votre tension après ».

On entre dans quelque chose de nouveau. Il a fallu des gens qui ont porté ce message. Il faut qu'on le porte aussi dans le champ de la santé bucco-dentaire. Qu'on vous amène des éléments sur la transmission des informations aux collègues. Normalement, on remet aux patients – pas systématiquement mais ça augmente – un document après la consultation d'annonce. Ce document est un parcours personnalisé de soins qui renferme énormément d'informations.

Il ne faut pas hésiter à le demander.

On y écrit ce qu'on va faire en termes aussi compréhensibles que possible pour le patient.

Il y a le nom de la chimiothérapie, de l'intervention, la liste des effets secondaires, des personnes à contacter. On a mis en place un modèle d'organisation du parcours de soins en cancérologie, où il y a l'annonce mais aussi la coordination après. Il y a maintenant des personnes de coordination : les infirmières sont les premiers contacts, très précieux dans une organisation hospitalière pas toujours lisible, parce qu'elles ont ce rôle de coordonner et d'amener la bonne question au bon intervenant.

Quand un patient vient d'un autre hôpital, je ne prends plus de temps à chercher le confrère, j'ouvre la pochette remise avec le logo de l'hôpital, je vois infirmière de coordination. Je pars tout de suite là-dessus. Je sais que ma demande va aller dans le bon circuit. Il faut qu'on diffuse ces informations. Elles se diffusent de mieux en mieux auprès des confrères médecins généralistes.

On a maintenant tout le champ des autres acteurs de ville, que ce soient nos collègues infirmières, pharmaciens ou vous, en chirurgie dentaire.

F. Lossent

Professeur Luc Frimat, on a envie de tirer avec vous ce fil des logiques de coopération. Quel est l'enjeu de la santé bucco-dentaire pour les patients ?

L. Frimat

Les patients insuffisants rénaux chroniques ont une maladie qui a la particularité d'être silencieuse, sournoise. Elle ne se révèle qu'à un stade très avancée par une situation catastrophique impliquant dialyse, transplantation...

L'épidémiologie a été progressivement décryptée. On sait aujourd'hui qu'en population, en France, au stade qui commence à être significatif d'insuffisance chronique, on a environ 3 millions de personnes.

L'enjeu pour ces patients est celui du risque infectieux associé à l'immunodépression des patients insuffisants rénaux chroniques. On imagine bien les patients transplantés rénaux qui ont des traitements immunosuppresseur très puissants... C'est une prévention infectieuse importante.

Ensuite, il y a deux niveaux.

Un niveau d'inflammation chronique de la sphère bucco-dentaire dans son ensemble. Inflammation qui est une vraie problématique chez les patients insuffisants rénaux chroniques. Parce que cette inflammation va accélérer l'atteinte cardio-vasculaire et va précipiter la mort de cause cardio-vasculaire.

Le deuxième niveau, ce sont les patients insuffisants rénaux chroniques, en particulier ceux qui sont plus âgés, où la santé bucco-dentaire est associée à un facteur de risque d'aggravation d'un état de dénutrition inhérent à l'insuffisance rénale chronique. Il y a des enjeux vraiment très importants.

F. Lossent

Comment envisagez-vous ce travail de coordination ?

L. Frimat

Il se positionne de manière un peu différente au long de l'histoire de la maladie. Par exemple, un transplanté, pour accéder à une transplantation rénale, doit d'abord être inscrit sur liste d'attente. Donc, il y a une recherche des foyers infectieux.

L'évaluation par le dentiste personnel du patient est exigée, avec un compte-rendu écrit. La transplantation est une attente toute particulière pour les patients. L'enjeu de suivi, de prévention, est assez bien compris et suivi par les patients transplantés.

F. Lossent

Et l'examen bucco-dentaire est systématique ?

L. Frimat

Oui. Les patients transplantés, aujourd'hui, bénéficient dans leur ensemble, d'une éducation thérapeutique structurée au sein duquel l'hygiène bucco-dentaire sont des temps compris par les patients.

Par contre, en amont, c'est différent. Même chez les dialysés, qui sont déjà fortement atteints. Je lisais une étude sur plus de 4000 patients dialysés au niveau international où on voit que les gens qui se brossent les dents moins de deux minutes par jour, qui ne changent pas leur brosse à dents plus souvent que tous les trois mois et qui ne voient pas leurs dentistes, sont à risque. Il y a une association avec un sur-risque de mortalité toute cause et de mortalité cardio-vasculaire.

Clairement, il y a encore beaucoup d'améliorations à faire. Cette amélioration va sans doute passer par la mise sur pied du forfait de prise en charge de maladie rénale chronique.

Un grand tournant s'est produit il y a un an : pour les patients les plus sévères qui ont la maladie au stade 4-5, au lieu d'avoir une prise en charge au coup par coup avec le néphrologue, il y a une infirmière de coordination, de la diététique, et des interventions globales de prise en charge beaucoup plus organisées. Et toute la place pour les interventions de santé bucco-dentaire.

F. Lossent

Qu'on comprenne bien ce dispositif : il s'agit d'accompagner les patients quasiment jusqu'à la porte du cabinet dentaire ?

L. Frimat

Oui. Le référent sera le dentiste personnel du patient.

Par exception – parce que les maladies rénales affectent des catégories sociales très défavorisées – on peut avoir accès au service dentaire hospitalier.

Une solution à ne pas oublier. On va pointer ce suivi, s'assurer qu'il est effectué efficacement au même titre que les vaccinations.

On a des couvertures vaccinales chez ces populations qui sont insuffisantes. Ça va être un objectif par le biais du forfait. Il va y avoir une vision globale, comme on l'a démontré dans le groupe des transplantés. Il va falloir le mettre en amont chez les insuffisants rénaux chroniques.

F. Lossent

Est-ce que les résultats de cet accompagnement très serré sont mesurables ?

L. Frimat

Il faudra un peu de recul.

On peut le mesurer chez les transplantés. Les néphrologues sont habitués au registre et aux enregistrements systématiques des interventions chez leurs patients, donc ça sera forcément visible. Et ce sera un enjeu important.

F. Lossent

Ça coûte cher ?

L. Frimat

Le forfait, stade 4, c'est 375 € par an.

Stade 5, c'est 575 € par an.

Les établissements qui ont eu l'autorisation de mettre en place ce forfait se sont préoccupés de l'équilibre médico-économique.

Ça avait beau être financé, il fallait prouver ce qu'on pouvait en faire.

Et la plupart des établissements qui ont eu l'autorisation de mettre en place ce forfait l'on fait, parce que c'est une organisation qui peut être efficace et efficiente sur le plan médico-économique.

F. Lossent

Et c'est une organisation qui n'est pas si onéreuse que ça finalement ?

L. Frimat

Une année de dialyse, ça coûte plus de 50 000 euros. Une année de greffe, 10 000 €. Donc, éviter ces échéances gravissimes pour les patients, c'est aussi éviter pour la société des coûts élevés.

F. Lossent

Je voudrais qu'on écoute le docteur Jean-Pierre Aquino. Vous partagez aussi les réflexions qu'on entend ?

J.-P. Aquino

En préambule, je voudrais dire que nous vivons une explosion. Entre 2020 et 2030, le nombre de personnes âgées va augmenter de 49%. Et entre 2010 et 2030, les personnes de 85 ans et plus vont augmenter de 88%. Donc, en termes de santé publique, il y a indiscutablement des mesures à prendre. Deuxième point, c'est le lien étroit entre pathologies ou situation bucco-dentaire et dénutrition.

Le programme de prévention Icope (soins intégrés pour les personnes âgées), programme de l'OMS vise à réduire le nombre de personnes âgées dépendantes, en définissant six capacités intrinsèques dont la nutrition. Dans le chapitre traitant de la nutrition, il est écrit : "les déficits sensoriels, diminution du goût, de l'odorat, une mauvaise santé bucco-dentaire, notamment des problèmes de mastication et de déglutition, augmentent tous les risques de malnutrition à un âge avancé". Je signale que l'UFSBD est partie prenante. La semaine du 12 au 19 novembre 2020 va être consacrée à la dénutrition. Compte tenu de ce lien étroit, il y a une synergie nouvelle à trouver pour aller de l'avant.

Nous sommes confrontés à ces parcours. La signification la plus caractéristique repose sur deux groupes de population : les personnes âgées en perte d'autonomie, isolées à domicile, dont les revenus sont limités ; et les personnes admises en Ehpad pour lesquelles la problématique bucco-dentaire va se poser. Sur le territoire national, l'UFSBD a beaucoup investi un certain nombre d'initiatives. Un autre opérateur, la Mutualité Française a créé une dynamique de même nature. Et troisième élément que je veux signaler, c'est l'ouvrage sur la santé bucco-dentaire en établissement, publié par l'Agirc-Arrco, en collaboration avec l'UFSBD.

Les Ehpad représentent une préoccupation majeure : une fois qu'on est admis, que peut-on faire ? quels sont les moyens mis à disposition ? Tout un panel d'initiatives sont expérimentées. Mais je dis bien « expérimenté », avec un bricolage administratif. On dispose d'un budget adapté de l'ARS, on est dans l'article 51.

Bref, on a des expérimentations qui portent sur un bus bucco-dentaire, sur un fauteuil dentaire transporté d'un site à un autre.

Et puis la télé-dentisterie qui représente une avancée sur le plan technologique. Mais un chirurgien-dentiste n'étant pas un docteur en médecine, il ne peut pas aspirer à une prise en charge financière et recevoir des honoraires pour cette action.

Donc, on voit bien que toutes ces situations qui visent à répondre à un besoin évident, ont besoin d'un cadre administratif plus structuré. Est-ce le moment ? Il faut par rapport aux données démographiques que nous insistions sur ce point pour faire coïncider le souhaitable et le possible.

B. Perrier

Sur le vieillissement, l'UFSBD est engagée depuis très longtemps. On n'est plus dans l'expérimentation sur les actions, mais sur le déploiement. On connaît les leviers sur la dépendance en établissement. On est dans une philosophie d'accès à la santé et non pas aux soins.

On l'a montré il y a une vingtaine d'années : ce n'est pas l'accès aux soins qui donnera la santé à cette population, parce que ce sont surtout les gestes du quotidien avec les aidants, il faut donc accompagner les établissements et les aidants professionnels pour avoir ce temps autour de l'hygiène. Ça va être le levier déterminant de ces populations.

La problématique sur laquelle on doit avancer, c'est surtout l'avant grande dépendance. Une fois qu'on est entré dans un établissement, on se rend compte qu'il y a eu un abandon 3 à 5 ans en amont du suivi bucco-dentaire.

C'est un challenge énorme qu'on doit relever ensemble. Comment peut-on agir sur ces critères de repérage à domicile, pour éviter cette rupture avec le chirurgien-dentiste ? Souvent, quand une dépendance commence à s'installer, un des premiers liens, c'est le recours au cabinet dentaire. Ce n'est plus la préoccupation, on a d'autres choses à penser. Ce qui se comprend pour la personne et l'entourage.

C'est un choc cette dépendance qui s'installe.

C'est justement parce que ça peut être compliqué dans le futur, qu'il faut maintenir, dès les premiers signes, le lien avec le chirurgien-dentiste traitant. Le programme Icope peut-il intervenir dans le dispositif de repérage ?

Le problème, c'est que ces patients, on ne les voit plus. C'est un des symptômes, ce qu'il faut rechercher : ont-ils un suivi régulier encore.

C'est un indicateur qu'on doit avoir. Nous ensuite, il faut qu'on soit rétabli dans le parcours de santé de ces patients avec l'équipe de coordination.

Mais on a un défi : vous donnez les chiffres du vieillissement qui arrive. Il faut qu'on puisse agir en amont, c'est un enjeu énorme sur l'accès à la santé de cette population, et pas l'accès aux soins. On en a besoin. Mais tout le soin qu'on va éviter sur cette population en grande dépendance sera bénéfique pour elle. Aussi parce qu'on va simplifier les difficultés organisationnelles autour.

On est dans la prévention essentielle : agir vraiment en amont. Et notre challenge actuellement, ça va être d'agir avant l'entrée dans la grande dépendance, dès l'apparition des fragilités. Il faut réinclure cette thématique bucco-dentaire dans le quotidien de la vie comme une donnée essentielle du quotidien.

F. Lossent

Est-ce qu'il faut une photographie, Dr Aquino, un bilan bucco-dentaire systématique avant d'entrer en Ehpad, par exemple ?

J.-P. Aquino

Je partage pleinement ce qui a été dit.

Deux remarques : dans une démarche de prévention, il y a deux organes à regarder de près : la bouche et les pieds.

La bouche compte tenu de la nutrition, les pieds, compte tenu de l'autonomie.

Je schématise mais on voit bien combien cette approche est importante.

Deuxièmement : dans certains territoires, il est conseillé aux futurs résidents d'Ehpad d'avoir un examen bucco-dentaire pour éviter d'être confronté à des arcanes administratives compliquées alors qu'ils peuvent encore, étant dans la ville, bénéficier de ce type de prise en charge.

F. Lossent

Dr Perrier, qu'en pensez-vous ?

B. Perrier

J'ai participé à cette démarche donc j'en pense du bien. L'idée, c'était d'avoir une consultation autour de l'entrée en Ehpad, quelques semaines avant ou après.

On a encore une mobilité, notamment s'il y a besoin de soins au cabinet, on est sur une population où on arrive à organiser ces déplacements.

On sait par contre, que trois à six mois après l'entrée dans l'établissement, il y a une baisse de mobilité, donc ce sera plus compliqué s'il faut faire des soins.

Je pense que c'est un comportement favorable, des ARS s'engagent avec la profession. Dans les engagements autour des projets de santé des établissements, cette pratique s'instaure, même si elle n'est pas obligatoire.

On parlait du dossier d'admissions : le thème bucco-dentaire n'est pas vraiment présent dessus. On a progressé, on va dans le bon sens.

Mais c'est dommage qu'on n'ait pas le cadrage national. On sait qu'en France, quand on a un cadrage national, ça passe beaucoup mieux sur ces actions-là.

F. Lossent

Dr Nabil Hallouche, vous travaillez avec des personnes qui ont des troubles importants, des personnes psychotiques ou schizophrènes. C'est une population vulnérable à tous points de vue ?

N. Hallouche

Je voulais rebondir sur les propos du Dr Aquino qui nous alertait sur cette explosion du nombre de personnes âgées.

Je crains que les personnes atteintes de troubles psychiques sévères ne soient pas présentes dans cette explosion, parce qu'on sait qu'ils ont des espérances de vie écourtées de 15 à 20 ans, selon des études récentes de l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) : 16 ans de réduction d'espérance de vie pour les hommes et 13 ans pour les femmes.

C'est un vrai problème qui situe le contexte des personnes qui ont un trouble psychique sévère.

On sait que ce qui participe à cette réduction d'espérance de vie, ce sont des situations typiquement somatiques. Pour à peu près 45% des causes de mortalité, on situe en premier lieu les cancers, pour citer la dernière étude de l'IRDES, et les causes cardio-vasculaires. En troisième position, loin après, les causes externes : les suicides, les traumatismes, les accidents, etc.

La personne qui a un trouble psychique sévère meurt avant tout d'un cancer ou d'une maladie cardio-vasculaire. Et ça a un impact sérieux sur son espérance de vie.

F. Lossent

Et sur la qualité de vie... ?

N. Hallouche

Globalement, ce sont des personnes qui vivent bien moins longtemps que les autres. Et qui vivent moins bien. Et on peut intégrer dans ce moins bien la qualité de vie ou la santé bucco-dentaire parce que, pour diverses raisons, ils ont une santé bucco-dentaire assez altérée.

C'est quelque chose, à mon sens, qui n'est pas assez pris en compte dans le parcours de soin, sinon le parcours de santé de ces personnes. Il y a des initiatives éparses.

Mais ce n'est pas quelque chose qui est intégré et identifié. On évoquait une histoire de check-lists. Les Associations diabétiques, les diabétologues connaissent bien. Je crois que ça devrait s'intégrer dans un passage obligé sur leur parcours de santé.

Les interactions entre la santé bucco-dentaire et les autres pathologies ont été citées. Et sur la qualité de vie, on rejoint la notion de parcours de santé. Avoir une mauvaise santé bucco-dentaire, c'est un facteur de marginalité. On sait qu'ils sont déjà pour la plupart marginalisés. Avoir une mauvaise santé bucco-dentaire aggrave encore plus la situation.

F. Lossent

Comme vos confrères, vous défendez cette approche globale qu'il est nécessaire d'avoir avec les patients, de ne pas mettre la santé bucco-dentaire au détriment d'autre chose ?

N. Hallouche

Je défends largement le fait que nous puissions aborder les personnes comme des personnes et non pas comme des pathologies.

Et de ce fait, avoir une vision holistique, ne pas saucissonner une personne comme étant une tête, un corps, une bouche, un rein. Je défends la vision globale même si dans la pratique, on se rend compte que ce n'est pas toujours simple.

Parce qu'il faut repenser un certain nombre de choses.

Au niveau des principaux concernés : les personnes malades, au niveau des soignants que nous sommes. Au niveau du système de santé, il y a des idées reçues, et un fonctionnement plus global qu'il faudrait avoir et qui à mon sens n'est pas bien installé.

Le monde de la cancérologie est pionnier dans ce domaine, pour avoir une vision assez globale et prendre en compte le parcours de santé plus que le parcours de soins. En ce qui concerne le domaine de la santé mentale, on en est encore loin.

F. Lossent

Vous avez des pistes d'amélioration pour favoriser une meilleure coopération ?

N. Hallouche

Oui, ces pistes sont le fruit de nombreux échanges que l'association que je représente encourage. On organise tous les ans une rencontre pluriprofessionnelle.

L'idée, c'est de se parler et de communiquer.

Des protocoles existent, des connaissances sont présentes, mais on ne les utilise pas suffisamment par manque de communication entre intervenants.

C'est ce qu'on défend. J'en veux pour témoignage le fait que sur une association de promotion aux soins somatiques en santé mentale, nous avons une association partenaire, l'Amébus, association de médecine buccale spécialisée, qui participe tous les ans à notre congrès, avec une session de conférence dédiée.

F. Lossent

Favoriser des rencontres, la communication... Et sur le plan de la formation, il faut aller plus loin ?

N. Hallouche

Sans aucun doute.

La formation, d'une part des soignants de la santé bucco-dentaire. La formation ou une certaine information sur l'approche particulière d'une personne atteinte d'un trouble psychique sévère, ça peut être compliqué parfois.

Il faut avoir une formation pas nécessairement universitaire, mais en tout cas des échanges notamment avec les professionnels de la santé mentale. Une formation également des soignants dans le domaine de la santé mentale, sur l'importance des soins bucco-dentaires.

Et une sensibilisation des personnes ayant des troubles psychiques sévères. Je suis assez optimiste, c'est un message qui passe bien auprès d'elles.

Les problèmes de santé bucco-dentaire font partie de leurs premières préoccupations. L'an dernier, j'avais entendu un monsieur schizophrène. Il disait : « J'ai des problèmes cardio-vasculaires, toutes les personnes autour de moi me disent de faire un électrocardiogramme et un check-up au niveau des risques métaboliques.

Je les remercie mais ce qui m'intéresse, c'est d'arranger mes dents et on ne m'écoute pas. » Je trouve ça intéressant parce que les priorités de santé ne sont pas les mêmes pour chacun.

F. Lossent

Dr Perrier, sur la question des patients avec des troubles psychiques sévères, de nouvelles approches se font jour ?

B. Perrier

Revenons au projet de vie. Chacun, peu importe si on a une pathologie ou autre, a un projet de vie. Et a une perception de sa santé différente.

Il faut faire attention à ça dans l'approche de santé publique. Il faut tenir compte des impératifs de vie de la personne.

En plus, en fonction du moment, de l'âge, des pathologies, on n'aura pas les mêmes enjeux. Il faut essayer d'accompagner, d'éduquer, de sensibiliser, pour que les gens puissent faire leur choix.

C'est le patient qui reste au cœur. Le projet de vie est celui du patient avant tout.

Sur la prise en charge, c'est un peu compliqué. Effectivement, tous les professionnels de santé sont mal formés vis-à-vis de ces pathologies. On est peu en contact lors de notre formation avec ces populations.

Ça avait déjà été discuté dans différents rapports, il faut favoriser plus de stages dans des établissements qui prennent en charge ou dans des lieux de consultation pour favoriser le contact, faire connaître, se rencontrer, plus que de la formation académique.

Ça se fait avec l'expérience et de la curiosité. Au niveau de notre formation, on a une profession très pro-active à l'extérieur, à travers notamment notre association. Dans nos cabinets, on a du mal à avoir le contact avec les professionnels à l'extérieur. On n'a pas de temps de coordination quand on prend en charge un patient. On est sur un paiement à l'acte.

Or, sur ces profils, on aurait besoin de temps d'échange qui permettraient de gagner du temps sur certains aspects de prise en charge.

Il y a ces facteurs où notre profession doit être plus active vers les autres professionnels et sur l'ensemble des patients qui ont des co-facteurs associés. On devrait faire plus de correspondance médicale, notamment nous signaler auprès du médecin traitant : « Voilà, on a vu votre patient, il a une pathologie cardiaque, je vous signale qu'il y a une inflammation, on a besoin de prendre en charge certains soins.

On a la difficulté, que ces traitements ne sont pas pris en charge dans le secteur dentaire. Sauf pour le diabétique maintenant. C'est une première avancée.

Mais sur des insuffisants, si on doit faire un traitement, ça va être souvent des traitements non remboursés par l'Assurance-maladie. Certaines complémentaires prennent en charge mais vis-à-vis de certains profils, on doit travailler ensemble pour porter cette non prise en charge. Nos traitements de l'inflammation, à part pour le diabétique ne sont pas pris en charge.

C'est une réelle difficulté. On doit travailler sur cet impact.

N. Hallouche

Une remarque par rapport à la formation des professionnels de la santé bucco-dentaire. On avait mené une expérience dans l'établissement où je travaille – un peu trop courte à mon goût.

Des étudiants en bucco-dentaire venaient faire, non pas du soin, mais du dépistage et de la sensibilisation auprès des patients et des soignants. Une expérience très bien vécue par les patients parce qu'on s'occupait de leur corps.

C'est une piste qui pourrait être développée : améliorer le parcours universitaire, pas seulement pour les soins bucco-dentaires.

B. Perrier

Souvent, il s'agit d'enseignement optionnel.

Mais ce devrait être un parcours, d'avoir des temps de stage sur ces structures, de rencontre pour comprendre l'approche, les conditions de vie de ces populations, pour pouvoir avoir une première expérience quand on les rencontrera dans des actes de soins.

Les chirurgiens-dentistes engagés à l'UFSBD vont à l'extérieur, ça nous permet de rencontrer les lieux de vie, ça nous sert beaucoup pour notre exercice. Dans la formation aussi, c'est indispensable de faire ces démarches, pas que quand on est installé.

L. Frimat

Je reviens sur la question de repérer les patients avec des maladies rénales.

Le Dr Aquino disait qu'il faut la bouche et les pieds.

En fait, les recommandations, c'est qu'il faut aussi regarder les reins à partir de 60 ans, une fois par an. Mais les reins, on les regarde par le biais d'un contrôle biologique, une créatinine, une estimation de débit de filtration.

C'est le questionnement systématique du patient.

J'ai dit qu'il y avait 3 millions de personnes concernées, mais en réalité, chez les personnes de plus de 70 – 75 ans, c'est pratiquement une personne sur trois qui va être concernée. Cette question systématique de niveau de fonction rénale peut être posée au patient.

Beaucoup de ces patients ne sont pas soignés par les néphrologues qui s'occupent des patients les plus sévèrement atteints.



Questions du public et des internautes

Un internaute

Pourquoi les interventions de dentistes dans les Ehpad ne sont pas généralisées sur tout le territoire ? Et quid du financement d'actions de ce type au niveau national ?

J.-P. Aquino

Personnellement, je plaide pour une généralisation de ce type de prise en charge. Les moyens techniques, nous les avons à disposition. Mais l'administratif ne suit pas. S'appuyer sur quelques ARS pour "pousser le bouchon", c'est bien.

Peut-être que dans les territoires où cette initiative n'existe pas encore, il conviendrait qu'une réglementation soit mise à disposition pour l'ensemble des résidents en Ehpad.

Je rappelle que 720 000 de nos concitoyens vivent en Ehpad, avec une moyenne d'âge de 85 ans.

F. Lossent

Y a-t-il une importance à considérer qu'il faut que les chirurgiens-dentistes interviennent en Ehpad ou que les résidents sortent de l'Ehpad pour aller en cabinet ?

B. Perrier

On est, dans la dénomination, chirurgien-dentiste : on est un plateau de chirurgie. Ce n'est pas du soin qui peut être ambulatoire, de la consultation.

La majeure partie de notre activité est chirurgicale, et doit répondre, quelle que soit la population, aux mêmes règles en termes de sécurité sanitaire. On ne peut pas faire ce qu'on veut en ambulatoire.

L'UFSBD a travaillé par le passé sur des expérimentations de rapprochement du soin vers les lieux de vie, notamment sur la dépendance, avec l'Assurance-maladie derrière, qui a été évaluée. Donc il y a eu des travaux qui se sont faits.

Et ça montre, à chaque fois, que l'enjeu n'est pas forcément dans le soin, c'est plus la prévention qui revient, notamment sur les gestes du quotidien qui ne sont pas mis en place.

Vous pouvez avoir des établissements qui mettent en place du soin clinique au sein de la structure, mais si l'hygiène n'est pas faite, vous n'aurez pas fini le plan de soin que vous aurez de nouvelles pathologies à traiter. A chaque fois, on revient sur ces fondements. Je pense que c'est acté maintenant. Après, c'est la mécanique qu'il faut construire.

Toutes les ARS ont une feuille de route, s'emparent du dossier. Il faut du temps : une décision politique, c'est 10 à 12 ans pour une généralisation, sur différentes thématiques. C'est en cours, sur les Ehpad, il ne faut pas lâcher. L'enjeu va être avant l'entrée dans les institutions. Il faut trouver des moyens pour avoir des leviers.

F. Lossent

Dr Aquino, vous soulignez qu'il faut faire des efforts en faveur de celles et ceux qui vivent à domicile ?

J.-P. Aquino

Pour les résidents d'Ehpad, il y a un contre-courant qu'il faut maîtriser : ils sont trop vieux, ça coûte cher et ils sont réticents. Au niveau des soins, il y a toute une pédagogie d'amont, sur la prévention à développer.

B. Perrier

Un des freins par exemple concerne les familles qui traînent des pieds quand il y a des nécessités de soin en établissements. « Ça va coûter cher », pensent-elles, même si ce sont des soins qui peuvent être pris en charge. « Est-ce vraiment important ? ».

On essaye de sensibiliser avec les équipes, même avec des acteurs administratifs qui ont le premier contact, qui font des check-lists sur différents éléments et doivent avoir le bucco-dentaire dedans. Je le vois, c'est quelque chose qui progresse.

On va avoir une uniformisation qui se fait dans le temps, au niveau des ARS qui ont la thématique dans leur feuille de route. Il va falloir uniformiser davantage les moyens de mise en œuvre.

J.-P. Aquino

À ma connaissance, il y a des travaux sur l'évaluation des pratiques qui ont été décrites, c'est-à-dire à la fois la mobilisation du personnel, l'inscription de mesures préventives dans le projet d'établissement, la toilette bucco-dentaire, le dépistage.

Tout ça a été évalué de manière positive. On a des arguments stratégiques pour faire pression auprès des pouvoirs publics et montrer qu'on est sur la bonne voie.

F. Lossent

On a des professionnels dans certains Ehpad, qui disent qu'on a à peine le temps de faire les toilettes...

B. Perrier : Effectivement, il y a des problématiques de temps. Mais ça peut ressortir tout le temps. On a un projet en évaluation : c'est un argument quel que soit le thème qu'on peut avancer. A un moment donné, c'est la priorisation.

Il y a eu des sujets dans les mois précédents autour des Ehpad, et notamment pendant la situation pandémique : beaucoup d'établissements ont des postes vacants. Je pense que ce sont des moyens humains, mais si on est convaincu de l'enjeu, on voit que les établissements ont la volonté de faire. Ils arrivent à trouver des solutions, à construire.

Ce n'est pas facile pour eux, parce qu'il faut fluidifier les moyens et les ressources.

Mais notamment sur la toilette, le temps bucco-dentaire, sur les personnes dépendantes qui ne peuvent pas faire leur geste, c'est deux minutes le matin, deux minutes le soir. Et ce temps est à prendre en compte dans l'organisation, dans les besoins de financement des contrats de financements des établissements. Il y a encore un travail à faire sur les moyens humains.

M. Dordain, chirurgien-dentiste en province

Je voudrais revenir sur un point souvent méconnu des médecins sur la prise en charge des soins bucco-dentaires. On sait qu'un certain nombre de patients n'ont pas accès aux mutuelles mais on sait aussi qu'un certain nombre de patients ne font pas les démarches pour aller vers la CMU.

Ils pourraient avoir accès aux soins, sans avance des frais, mais ne le savent pas. Pour avoir travaillé en Ehpad, j'ai rencontré des patients qui n'ont plus de mutuelles. Ils considèrent qu'ils sont en ALD (affection longue durée) à 100%.

Malheureusement, souvent les soins dentaires ne sont pas pris en compte dans l'ALD de même que les prothèses auditives, dentaires ou les lunettes ne sont pas pris en charge dans l'ALD.

F. Lossent

La peur de payer cher qui revient. Ça vient d'où ?

B. Perrier

La santé dentaire, est-ce hors du corps ? Dans un sens, ce système, il y a 40 ans, a sorti le bucco-dentaire de la prise en charge médicale.

Le système de soins et de prise en charge fait beaucoup. C'est compliqué : il y a un problème de lisibilité sur la prise en charge dentaire, c'est en train d'évoluer.

On a eu des évolutions conventionnelles. Il y a le Reste à charge zéro, le 100% santé qui va fluidifier, refaire entrer une partie des actes dans le médical.

On avait un problème de lisibilité, avec une désinformation forte dans les médias. Il y a des actes, sur lesquels on doit travailler, qui ne sont pas pris en charge et qui ont un intérêt sur l'inflammation.

On a un premier pas sur le diabétique à travailler. Mais on a un système peu lisible. Toute la communication sur le système d'assurance n'est pas simple, notamment sur le champ dentaire.

F. Lossent

On a parlé des CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé) qui montent en puissance. C'est un sujet qui vous tient à cœur, pourquoi ?

B. Perrier

Il faut que la profession soit présente en termes de vision de santé publique. En tant que chirurgien-dentiste, par contre, je me dis, « qu'est-ce que ça peut m'apporter », je dois aller à des réunions, ça va me demander quoi ? Je finis déjà à 20h, 21h...

Il faut que notre profession accompagne les confrères à y aller, pour être en interaction.

On ne sait pas bien comment ça fonctionne, mais ce sont des organisations intéressantes, qui ont l'ambition de faire le lien hôpital - ville. Et pour voir comment ça fonctionne, encore faut-il y être. C'est essentiel et ce sera un challenge.

J.-B. Méric

Je suis d'accord, on ne sait pas encore totalement quoi en faire mais on a vraiment l'impression qu'il se joue quelque chose.

Et à l'Institut, Nous avons envie de travailler avec ces CPTS. Pour une raison simple : le cancer, c'est la première cause de mortalité, avec une morbidité importante.

L'action de prévention va être importante. La stratégie décennale de lutte contre le cancer aura comme priorité la prévention et les cancers, les cancers de mauvais pronostics et les séquelles. Le volet prévention et les séquelles seront portés fortement par la ville.

Donc, nous avons une action vers ces CPTS. Avec l'idée que dans la prévention, il faut que ces CPTS ne soient que pas des structures de soins. Il y a un enjeu de responsabilité populationnelle.

On a fait le virage ambulatoire, si on veut maintenant faire le virage préventif, il faut que ces collègues soient aidés. Donc, dans nos prochains appels à projets, il y aura des axes spécifiquement en direction de ces CPTS.

Beaucoup de CPTS, au niveau de la diabétologie ou des pathologies cardio-vasculaires, sont en train de se coordonner. Et si ces personnes avaient un niveau de connaissance, par exemple pour nous en cancérologie, qui se rapproche de ce qu'ils ont sur la diabétologie, ce serait une richesse. On disait que la cancérologie peut être modélisante sur certaines choses. On aime toujours entendre ça.

Mais il y a une chose sur laquelle nous sommes en retard par rapport à nos collègues néphrologues ou diabétologues : c'est l'implication du patient et l'éducation thérapeutique, même s'il y a des progrès.

Ce qui nous ramène au choix du patient. Nous devons nous en tenir à la loi de 2002 : nous sommes là pour informer le patient, et lui choisir.

Et se ramener à cette priorité de choix de vie et de choix de santé pour le patient se fait aussi en proximité. L'idée que la CPTS vient choisir ses experts de premier et second recours pour orienter ses patients, nous met dans une posture différente où les spécialistes hospitaliers sont dans une logique de service rendu aux confrères et au patient. Et non plus dans l'idée qu'ils accaparent les patients et qu'une fois qu'ils sont dans la case cancer, ils vont avoir droit à la prise en charge globale par l'hôpital et lui seul.

F. Lossent

On a dit que « les dentistes ne parlent qu'aux dentistes dans les publications scientifiques » : c'est un point important, ils doivent produire des textes pour les médecins, pour les autres professionnels de santé ?

B. Perrier

Oui, il faut coproduire. C'est l'intérêt de cette journée, que ce soit le départ d'une coproduction. Il faut se positionner à parler aux autres. On essaye de le faire toujours à l'UFSBD, de travailler auprès des professionnels. On doit travailler plus en interprofession sur ces enjeux de santé bucco-dentaire. C'est nécessaire.

L'étude sur les publications scientifiques présentée par Philippe Bouchard est intéressante. Il faut maintenant qu'au-delà des publications scientifiques, on les fasse vivre sur des recommandations, des idées de check-lists ou d'outils.

On doit trouver les leviers à co-activer vis-à-vis des professionnels, des patients, des institutions.

J.-P. Aquino

Sur les CPTS, on a trois dispositifs sont à observer. 600 CPTS s'installent en France, c'est un train à saisir.

Deuxièmement, les dispositifs d'appui à la coordination : il y a une simplification pour gérer les situations complexes depuis le plus jeune âge jusqu'à un âge avancé, incluant des situations classiques comme complexes, la psychiatrie, la cancérologie et la gériatrie.

Troisième point : Les infirmières de pratique avancée. Le décret fait référence à quatre disciplines : la cancérologie, l'insuffisance rénale, les maladies neurodégénératives et les pathologies chroniques stabilisées. Donc, les infirmières de pratique avancée ont un regard spécialisé avec une vision très globale de la personne. Et ce type d'accompagnement et de prise en charge va être intéressant par rapport à la problématique qu'on évoque.

L. Frimat

Il y a des grandes différences d'une région à l'autre par rapport aux personnes en formation. Nous, en Région Grand Est, notre ARS a donné un levier fort en finançant la formation des infirmières. Ce qui fait que depuis 2018, on a des promos de 40, réparties dans les quatre.

Mais à ma connaissance, pour l'instant, c'est encore balbutiant à l'échelle du territoire. Sauf à Marseille, où il y a une ancienneté importante.

Je partage votre point de vue : ce sont des professionnels qui pourront nous aider à coordonner, mais aussi à soigner, parce que ce sont des infirmières cliniciennes qui vont pouvoir s'engager dans le soin et dans son organisation. Elles ne sont pas seulement coordinatrices.

F. Lossent

On a beaucoup parlé de check-lists, de documents, c'est quelque chose qui a l'air tout bête à mettre en place pour ne pas négliger la santé bucco-dentaire...

B. Perrier

Oui, le problème, c'est qu'on est dans un virage entre le papier et le numérique. Ce n'est pas simple. Parce que le support physique est intéressant.

Ce matin, on a présenté autour de l'antibioprophylaxie, par rapport aux endocardites, cette carte, assez connue. Quand les patients l'avaient, la plupart la montraient. C'est un outil de médiation en soi. Le problème, c'est quand on passe dans le numérique. Qui est un peu un instant éphémère. Or, on a besoin d'avoir un lien pérenne. Il y a des questions pas évidentes : il faut trouver les bons outils, comment les utiliser et dans la durée.

Il va falloir un accompagnement pluriannuel. Ce n'est pas un instant T. Il faut s'appuyer sur l'expertise de différentes structures, dont Santé Publique France, sur ce qui peut se faire à l'étranger. Mais il va falloir trouver des moyens de médiation.

La communication a beaucoup changé, les supports changent beaucoup, on est beaucoup sur des réseaux sociaux. Il y a des enjeux à prendre en compte.

Je rebondis aussi sur la télémédecine. Le champ dentaire n'y est pas encore mais c'est en cours de discussion. L'UFSBD a porté des propositions. Au niveau des partenaires conventionnelles, il y a des discussions avec l'Assurance-maladie autour des pratiques et des prises en charge.

On a fait des propositions sur les différents champs de la télémédecine, sur l'application en bucco-dentaire. Après, les partenaires sociaux pourront voir ce qui peut rentrer dans le cadre d'une prise en charge général. C'est tout un champ qui s'ouvre.

Mais ça ne remplacera pas le contact humain. Pour les professionnels, les CPTS sont importants, parce que c'est la rencontre humaine. L'UFSBD, fédération à l'échelon local, est bien aussi dans la proximité et la relation humaine.

J.-P. Méric

Un mot sur les applications numériques. Dans le monde de la cancérologie comme partout, elles sont foisonnantes.

Mais on a un exemple : d'ici quelques semaines, je vais peut-être faire des ordonnances pour une application.

C'est une appli qui a été validée par nos collègues de la HAS et qui est en cours de discussion pour un remboursement, donc comme un médicament. Cette application montre un avantage en survie chez les patients après cancer pulmonaire avec une surveillance automatisée par l'application plutôt qu'une surveillance avec des scanners à intervalles réguliers.

Le cancer ayant la mauvaise habitude de ne pas récidiver à la date du scanner, mais entre les deux examens.

Ce sont des collègues du Mans qui l'ont développé.

Si cette appli est capable de poser des questions au patient pour que l'on connaisse ces symptômes, que l'on ait des alertes et que l'on détecte mieux les récurrences, est-ce qu'une fois de temps en temps, elle n'est pas capable de lui dire : « Tiens, l'hiver arrive, vous avez eu un cancer du poumon, ça serait bien de vérifier que vous êtes vacciné contre la grippe et le pneumocoque ? Tiens, vous avez vu le dentiste il y a un an, vous n'avez pas envie de retourner le voir ? ».

On peut imaginer d'enrichir ces applications.

Mais effectivement, derrière ce travail, il y a des publications de bon niveau, huit ans de recherche clinique. Ce n'est pas l'application d'un labo qui a voulu vanter un médicament. Ce qui veut dire qu'il va falloir développer ça comme des interventions en médecine ou en santé publique, en s'assurant de leur caractère probant.

Mais c'est une piste pour se dire que, parmi cette masse de connaissances, de check-lists, la technique peut nous aider et compenser nos limites et nos faiblesses humaines. Et aussi, remettre le patient dans un rôle où c'est lui qui a l'information le premier, même si nous avons des alertes. Et ça a peut-être du sens sur les priorités.

On dit toujours, le numérique va créer de l'inégalité. C'est vrai, il y a une fracture numérique qu'il ne faut pas négliger, il y a des problèmes de littératie, etc. Mais le patient qui aura eu un cancer du poumon, et qui aura l'appli demain, qu'il soit schizophrène ou pas, il aura la même appli.

Mais il faudrait qu'on s'investisse, collectivement, qu'on se mette autour de la table pour voir quel service rendu nous attendons et quels sont les éléments scientifiques probants pour dire que ça apporte quelque chose.

Un internaute

Il y a beaucoup de pharmaciens, de kinés, mais très peu de chirurgiens-dentistes dans les CPTS, pourquoi ?

B. Perrier

Quand les CPTS se constituent, il y a une invitation de tous les professionnels du secteur. Je pense qu'ils ont reçu les invitations mais n'ont pas compris ce que c'était. Moi, j'en ai entendu parler parce que je suis engagé dans différentes structures.

La plupart des confrères n'en ont jamais entendu parler. C'est pour ça qu'on a besoin que les structures professionnelles accompagnent la profession. Parce qu'on n'est pas inclus dans la coordination : souvent, dans ces structures, il y a eu des travaux de faits sur des territoires de santé, entre infirmières, médecins, mais le dentiste n'y était pas.

Et effectivement, j'ai échangé avec un confrère dans une région où il y avait un ou deux dentistes sur des réunions de 50 - 100 personnes. Notre profession n'a pas cette culture de l'interprofessionnel. On a un travail à faire sur ce point.

L. Frimat

Je reviens sur la télémédecine. Nous, les néphrologues, on a le programme Etape depuis 2017. On fait de la prescription de télésurveillance médicale des patients transplantés.

Mais ce sont des industriels français qui l'ont développé. Ils ont prouvé que c'était efficace grâce à un grand essai randomisé.

Ça permet 20% d'économies par rapport au coût de suivi habituel. C'est crypté : le secret médical est plus que garanti. Je me permets de le dire parce que c'est une question que posent les patients.

En France, il faut dépasser l'idée que l'informatique est du domaine public dès qu'on met une information. Il y a des applications développées en France qui fonctionnent.

B. Perrier

À l'UFSBD, on pense que la télésurveillance est un enjeu pour la santé bucco-dentaire, qui permet de suivre le patient au quotidien.

La santé bucco-dentaire, ce n'est pas juste la rencontre annuelle. Différents indicateurs peuvent être suivis. On parle beaucoup de téléconsultations, c'est important dans notre profession qu'on puisse avoir accès aux facteurs de téléconsultation pour certains cas.

Beaucoup d'actes ensuite nécessitent un acte chirurgical. Ça ne remplacera pas une prise en charge dans la plupart des cas. Mais ce qui est important dans le long terme, c'est de maintenir le lien entre deux rendez-vous et de s'appuyer sur la technologie pour avoir des processus automatisés. Dans le cadre d'une application par exemple sur des pathologies chroniques, on inclut les thèmes bucco-dentaires, mais nous aussi en dentaire, on a un champ à travailler et la profession ne s'en rend pas compte pour le moment, parce que la télésurveillance est un enjeu pour l'accompagnement de la population à tout âge, pour avoir un suivi de certains indicateurs.

Et il est intéressant de ne pas multiplier des contrôles sur des profils qui ne sont pas forcément à risque. La télésurveillance va permettre d'être vigilant. Tout un champ s'ouvre.

On a des industriels au niveau mondial qui travaillent dessus et les Français sont très bons sur ces domaines. Il faut qu'on ait un œil ensuite, dans la pratique.

Conclusion

Dr Sophie Dartevelle : présidente de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

Frédéric Lossent, journaliste

Pour reprendre une formule utilisée dans ce colloque, « la bouche pourrait-elle revenir dans le corps » ?

S. Dartevelle

Je crois qu'après cette journée, nous sommes sur la bonne voie.

Tous les intervenants, les participants par leur présence physique ou par visio conférence, par leurs questions, montrent qu'un véritable élan s'est créé et je m'en félicite.

Je voulais remercier tous ceux qui ont participé à l'animation de ce colloque. Nous avons l'impression de nous battre un peu tout seul ; on se rend compte aujourd'hui, grâce à vous, que chacun essaie de trouver des solutions sans savoir que d'autres ont ces mêmes préoccupations.

Finalement, tous les constats scientifiques sont partagés et Le Professeur Bouchard a encore enrichi nos connaissances, mais on se rend compte qu'il y a un fossé entre les connaissances que nous avons et ce que nous en faisons.

Comment s'approprier ces connaissances ?

Dans la pratique, tout le monde autour de la table manque un peu d'informations concrètes. Comment améliorer l'accompagnement du patient, puisque c'est lui qui est au cœur du parcours coordonné ? Et qu'est-ce que cela implique pour les professionnels de santé ?

J'ai noté qu'il y avait déjà des outils : la carte pour les patients atteints de pathologies cardiovasculaires. J'ai appris l'existence du dossier pour le suivi des patients atteints de cancer. Un grand nombre de patients ont à leur disposition un dossier complet qui permet d'éclairer les différents professionnels de santé qui les prennent en charge.

Ce qu'il faut maintenant, c'est que nous co-construisions des outils concrets à la fois pour les patients, pour les informer, les sensibiliser, les accompagner à être de vrais acteurs de leur santé au quotidien, et pour les professionnels de santé.

Mais la collaboration, interprofessionnelle doit aussi être au cœur des pratiques. Les professionnels médicaux ont une habitude de cette collaboration entre médecins généraliste et spécialiste. Les dentistes en sont toujours restés à l'écart, peut-être d'ailleurs de notre fait. Car quand un spécialiste nous envoie des patients, nous ne sommes globalement pas très pro-actifs sur la réponse et sur les compte-rendu.

On a parlé des questions des CPTS : c'est une opportunité. Moi-même, j'ai été contacté dans mon secteur pour faire partie d'une CPTS sans vraiment savoir ce que je pouvais apporter et comment cela fonctionnait.

Je me suis aperçue que personne autour de la table ne savait vraiment quels étaient les enjeux et comment on pouvait manager cette nouvelle organisation.

On a parlé des formations des professionnels de santé, sur des terrains divers. On a parlé de check-lists et de conduites à tenir, d'outils pratico-pratiques en somme.

Ces points sont vraiment à travailler entre nous pour que tous les professionnels puissent s'approprier ces connaissances scientifiques et délivrent de meilleurs conseils à leurs patients en termes de parcours coordonné.

Une chose m'a interpellé : le principe de précaution qui a été abordé ce matin, dans l'élaboration des check-lists. Effectivement, ce principe de précaution peut éloigner les patients de leur parcours coordonné.

Nous sommes souvent démunis, lorsqu'un de nos patients doit être opéré d'une prothèse de hanche, et qu'il y a une suspicion de foyer sur une dent antérieure, par ailleurs totalement asymptomatique. Que fait-on ? On extrait la dent ? C'est ce qu'on devrait faire, normalement. Je lui ai pourtant conseillé de se rapprocher du chirurgien orthopédique.

Extraire une dent antérieure à une personne qui ne s'y attend pas, qui aura son sourire dévasté, n'est pas de nature à l'inciter à consulter régulièrement son chirurgien-dentiste.

Il y a des réajustements à faire pour accompagner au mieux nos patients.

Je voudrais vous rappeler que la tâche est énorme.

Parce que quatre français sur dix ne vont pas chez le chirurgien-dentiste et qu'on a vu qu'il y avait une diminution du recours au chirurgien-dentiste pour les patients âgés ou atteints de pathologies chroniques.

Il est vraiment temps de collaborer et de travailler ensemble à la construction d'outils pratico-pratiques et de méthodes pour assurer un parcours coordonné à tous nos patients.





7 rue Mariotte - 75017 PARIS - www.ufsbd.fr

