

# Une stratégie de santé bucco-dentaire pour une stratégie « globale » de santé

La Stratégie Nationale de Santé va offrir, dix ans après la Loi de Santé publique de 2004, un cadre pour refonder notre système de santé et l'adapter aussi bien structurellement que culturellement aux défis auxquels notre société doit répondre. Ceux-ci ont trait au vieillissement, aux maladies chroniques, aux interrelations entre pathologies, au creusement des inégalités sociales devant la santé, ainsi qu'à la maîtrise des dépenses de santé.

Dans le document de référence, le Ministère insiste sur les pistes étudiées pour répondre à ces défis : le développement de la prévention, l'organisation des soins – particulièrement de premier recours – autour des usagers, et le renforcement de l'information et de la démocratie sanitaire.

La santé bucco-dentaire rencontre, à bien des égards, les enjeux de notre société en ce début de siècle. Elle influence la santé globale, tant physique que psycho-sociale, et cela est particulièrement notable dans les enjeux du bon vieillissement et de la dignité des personnes dépendantes. Elle présente de nombreuses interrelations avec des pathologies chroniques, par des facteurs de risques communs autant que par leurs interactions de santé. Elle est symptomatique de l'importance des déterminants sociaux de la santé, et ce dès l'enfance. Enfin, elle est un domaine de la santé où le patient et son soignant partagent le plus évidemment une responsabilité conjointe pour le maintien du capital de santé.

Inversement à la considération peu décisive qui lui est portée, la santé bucco-dentaire est exemplaire des enjeux de prévention et d'éducation à la santé, d'organisation des soins, d'inégalité d'accès à la santé et à la bonne information pour la santé. Le chirurgien-dentiste, spécialiste en accès direct, souffre de l'inexistence de passerelles avec les médecins généralistes pour une bonne coordination des soins et de l'éducation thérapeutique et à la santé.

Afin que cette contribution soit la plus lisible possible, nous avons choisi d'en organiser le contenu en miroir de la feuille de route de la Stratégie Nationale de Santé. Pour chacun des domaines de réforme, l'UFSBD (l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire) a procédé à des contributions argumentées. La Présidente de l'association, le Dr Sophie DARTEVELLE, reste à la disposition du Ministère pour y apporter toute précision.

## QU'EST-CE QUE L'UFSBD ?

L'UFSBD est une association de chirurgiens-dentistes fondée en 1966, dans l'objectif d'améliorer la santé bucco-dentaire des français par la promotion et l'éducation à la santé bucco-dentaire. Elle a ainsi initié les premiers programmes de sensibilisation dans les établissements scolaires, dès les années 1960 et l'introduction du sel fluoré sur le marché, qui ont contribué à diviser par 3 l'indice carieux chez les enfants de 12 ans.

L'UFSBD s'est vue confier, par la DGS, 5 enquêtes épidémiologiques, en 1987, 1990, 1993, 1998 et 2006 auprès des enfants de 6 à 12 ans, et a reçu le statut de Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1998. L'association et ses comités départementaux sont le principal opérateur de l'accompagnement du programme M'T Dents depuis 2007, intervenant dans les établissements scolaires pour sensibiliser les enfants, et par leur biais leurs parents, à l'examen bucco-dentaire pris en charge par l'Assurance Maladie à 6, 9 et 12 ans. En 2004, l'association lance ses premières actions auprès des personnes âgées dépendantes, puis les développe progressivement en partenariat avec des syndicats et gestionnaires d'établissements d'hébergement pour personnes âgées et personnes âgées dépendantes. En 2010, l'UFSBD crée un réseau Sentinelles composé de chirurgiens-dentistes, pour réaliser des veilles épidémiologiques et des études.

Parallèlement à ces actions tournées vers les publics fragiles, l'UFSBD prodigue des formations aux chirurgiens-dentistes dans le cadre du DPC (Développement Professionnel Continu) et produit différents documents pédagogiques pour améliorer la communication entre patient et praticien, et l'éducation à la santé. L'UFSBD est aujourd'hui composée de 15 000 adhérents, tous chirurgiens-dentistes.

# SOMMAIRE

## CHAPITRE 1 : améliorer la prévention pour la santé

### Un parcours de prévention bucco-dentaire dans la prévention globale

• Introduction : la prévention hors et dans le cabinet dentaire	5
<b>1. Améliorer les politiques de prévention</b>	5
1.1 La prévention des comportements à risque	5
– Hygiène bucco-dentaire	6
– Tabagisme et addictions	6
– Alimentation déséquilibrée	6
1.2 La prévention en cabinet dentaire	7
– Evolution de la CCAM	7
– Valorisation des actes de prévention	7
<b>2. Ciblage des populations et des milieux de vie</b>	8
2.1 Procéder à des actions par population	8
– Petite enfance	8
– Enfance	9
– Adolescence	9
– Grossesse	10
– Les jeunes adultes, les adultes, le Bien-vieillir et la prévention de la perte d'autonomie	10
– Personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie	11
– Personnes handicapées, mentale ou psycho-moteur	11
– Personnes en situation de précarité	12
2.2 Procéder à des actions par milieu de vie	12
– Etablissements scolaires	12
– Lieu de travail	13
– Milieu carcéral	13
– EHPAD	13
– Foyers médico-sociaux ou lieux de vie des personnes handicapées	14

## CHAPITRE 2 : prévenir, prendre en charge, accompagner les maladies chroniques

### Faire de la santé bucco-dentaire un facteur de maîtrise des maladies chroniques

<b>1. Prévention, prise en charge et accompagnement des maladies chroniques</b>	15
1.1 Diabète	15
1.2 Pathologies cardiaques	15
1.3 Autres	15

<b>2. Dépistage précoce et accompagnement des traitements de cancer</b>	16
2.1 Dépistage précoce des cancers de la cavité buccale	16
2.2 Prévenir les conséquences bucco-dentaires des cancers et des traitements	16
<b>3. Une éducation thérapeutique davantage valorisée</b>	17

## CHAPITRE 3 : Coordination entre professionnels de santé et médico-sociaux

### Assurer une coordination par les professionnels, et non par la carte vitale

<b>1. Par la formation</b>	18
– Formation des professionnels médicaux et autres professionnels de santé	18
– Formation des infirmières, personnels de soins et médico-sociaux...	18
– L'importance du statut et de la formation de l'assistante dentaire	19
<b>2. Organisation d'équipes pluri-professionnelles de proximité</b>	19
2.1 Intégration du chirurgien-dentiste, médecin de premier recours	19
2.2 Coordination des soins avec les équipes spécialisées	19
<b>3. Coordination médecine de ville et médico-social</b>	19
3.1 Coordination en EHPAD	19
3.2 Coordination au service des personnes handicapées	19

## CHAPITRE 4 : Recherche épidémiologique et information sur la santé

### Mieux connaître pour mieux informer sur la santé bucco-dentaire et la santé globale

<b>1. Etudes épidémiologiques en santé bucco-dentaire</b>	21
1.1 Maladies bucco-dentaires	21
1.2 Etudes par population spécifique	21
<b>2. Service public d'information sur la santé</b>	22
2.1 Coordination d'expertise INPES et UFSBD	22
<b>3. Coordination au niveau local avec les acteurs de santé</b>	22
3.1 Conventions au niveau régional pour la santé bucco-dentaire	22
3.2 Autres partenariats locaux	22

## Chapitre 1

# Améliorer la prévention pour la santé

### INTRODUCTION

Notre société est entrée dans une ère où les déterminants sociaux, environnementaux, alimentaires ou encore économiques de la santé se conjuguent et contribuent à l'émergence quasi pandémique des affections de longue durée, tout en creusant les inégalités socio-économiques d'accès à la santé – et non seulement aux soins – de plus en plus évidentes.

La Stratégie Nationale de Santé consacre la prévention, et en fait enfin un outil cardinal de notre système de santé. Cette prévention, qui privilégiera certains facteurs de risques, ciblée sur les plus fragiles, portée sur les lieux de vie, doit faire de chacun le co-responsable – avec ses soignants – de la préservation de son propre capital santé.

Pour relever ce défi de la prise de conscience individuelle et collective de tous les déterminants de la bonne santé globale, il est nécessaire d'inclure la santé dentaire à la médecine de parcours, de la prévention à l'accompagnement en passant par la prise en charge coordonnée. Celle-ci se prête particulièrement bien à une organisation en parcours de santé, à un ciblage par population spécifique et par lieu de vie, en prévention primaire comme secondaire et tertiaire.

Pour améliorer les politiques de prévention primaire, nous considérons qu'il est nécessaire de déployer une stratégie cohérente avec l'objectif d'impliquer chacun pour la préservation de sa santé, en lien avec les professionnels de santé. L'enjeu ici est culturel, et doit se traduire par des politiques incitatives pour les premiers, comme pour les seconds :

#### Pour les premiers :

- L'incitation à se prémunir des comportements à risques et à adopter de bons gestes d'hygiène,
- L'incitation, à certains âges-clés ou situations sociales ou sanitaires cruciales, à la consultation afin de procéder à un examen bucco-dentaire,

#### Pour les seconds :

- L'incitation à faire de la prévention une dimension centrale de leur pratique médicale en cabinet.
- L'incitation à prendre en charge son patient en considérant l'ensemble de sa situation de santé, et pas uniquement celle faisant l'objet de sa spécialité médicale.

### 1. AMÉLIORER LES POLITIQUES DE PRÉVENTION

Améliorer les politiques de prévention et étendre l'éducation à la santé au plus grand nombre nécessite, d'une part, de rendre les messages de prévention des comportements à risque plus incisifs et d'inciter chacun à des comportements responsables, et d'autre part, en matière de santé bucco-dentaire, de faire des chirurgiens-dentistes un maillon essentiel de l'éducation à la santé au sein et en dehors de leur cabinet dentaire.

#### 1.1 La prévention des comportements à risque

La Stratégie Nationale de Santé privilégie une approche prioritaire pour les comportements à risque relevant d'une approche globale des problématiques de santé. Certains comportements individuels sont des facteurs de risques communs à plusieurs pathologies chroniques ou de longue durée, pouvant, pour certains individus, se combiner en polyopathologies. Ils sont également facteurs de dégradation de la santé psycho-sociale, et d'exclusion sociale et professionnelle.

## Hygiène bucco-dentaire

En matière de santé bucco-dentaire, les messages de prévention et d'éducation à la santé relèvent principalement de l'acquisition de bons comportements d'hygiène individuelle, afin de prévenir les maladies carieuses et les maladies parodontales. Ceux-ci s'acquièrent dès le plus jeune âge, par le biais des parents, et se conservent et s'adaptent à chaque âge et à chaque situation de santé.

La sensibilisation des enfants de 6 à 12 ans depuis près de trente ans en France, a permis de singulièrement réduire l'indice CAO (nombre moyen de dents cariées, obturées ou absentes par enfant, divisé par 3 depuis 1987). L'éducation à l'hygiène bucco-dentaire ne s'arrête pourtant pas à l'adolescence : érosion dentaire des jeunes adultes, maladies parodontales, prévention de la perte d'autonomie ou accompagnement médico-social des personnes âgées dépendantes... tous les âges nécessitent une prévention et une hygiène bucco-dentaire particulière.

L'UFSBD a largement communiqué sur ses nouvelles recommandations en matière d'hygiène bucco-dentaire et insiste particulièrement sur l'importance d'une visite chez le chirurgien-dentiste dès l'âge de 1 an.

## Tabagisme et addictions

La consommation de tabac a un effet direct sur la bouche puisqu'elle entraîne un assèchement de la bouche et induit une modification de la quantité et de la qualité de salive et un épaissement des muqueuses. Ces modifications favorisent le développement de caries et de problèmes au niveau des gencives. Le tabagisme peut aussi aggraver la perte d'attache des dents.

La consommation régulière d'alcool a le même effet direct sur la bouche que le tabagisme, permet l'apparition de caries et agit sur les gencives en dégradant les tissus de soutien des dents. L'alcool entraîne en outre une usure des dents, une mauvaise haleine et des effets esthétiques (modification de la couleur des dents) rapides qui peuvent être vite perçus et permettent de sensibiliser en prévention primaire. En prévention secondaire, l'argumentation développée porte sur les liens bidirectionnels entre la santé bucco-dentaire et les différentes pathologies.

## Alimentation déséquilibrée

Hygiène alimentaire et santé bucco-dentaire sont intimement liées. Tant et si bien qu'il n'est pas envisageable aujourd'hui de parler du brossage des dents sans parler également de la consommation de sucreries, de sodas ou de produits salés comportant des sucres cachés (pâtes, produits apéritifs). La dénutrition des personnes âgées, les troubles du comportement alimentaire chez les adolescents, sont aussi de la responsabilité du chirurgien-dentiste car ils sont « visibles en bouche ». Plus globalement, consommation de glucides qui déminéralisent les tissus durs de la dent, ou grignotage excessif qui retient l'expression du pouvoir tampon de la salive, sont des facteurs communs à d'autres pathologies « de société ».

- Plus globalement, la **prévention de l'obésité et la prévention de la carie sont des combats qui doivent se rejoindre car les populations à risques sont souvent similaires**. Par ailleurs, les recommandations de l'UFSBD sont en toute cohérence avec les recommandations du Plan National Nutrition Santé

## Résumé des propositions pour les politiques de prévention

- Envisager les programmes de prévention primaire à d'autres âges et d'autres situations de santé que la jeunesse et l'adolescence
- Promouvoir une visite chez le chirurgien-dentiste tous les ans et cela dès l'âge de 1 an.
- Lier spécifiquement la santé bucco-dentaire au Plan National Nutrition Santé et à la prévention de l'obésité.
- Faire de la dégradation bucco-dentaire l'un des grands messages des campagnes de lutte contre le tabagisme et les addictions

### 1.2 La prévention en cabinet dentaire

Lorsque l'on passe la porte du cabinet dentaire, on devient un patient. Le système de santé actuel n'envisage pas, à l'exception des cas d'affections de longue durée, d'actes de prévention et d'éducation à la santé par le praticien qui puissent faire du patient le premier acteur de sa santé.

Améliorer la prévention, c'est donc également inciter le chirurgien-dentiste à consacrer une plus grande part des actes en cabinet à la prévention et l'éducation à la santé, et à tenir compte de la situation de santé globale du patient, et non uniquement de son état de santé bucco-dentaire dans une situation et à un moment donnés. Deux moyens d'incitation peuvent être distingués ; le premier par l'inscription d'actes de prévention en chirurgie dentaire et de séances d'éducation thérapeutique et à la santé dans la CCAM, et le second par leur valorisation par l'AMO/AMC.

Cette évolution de la CCAM y compris en terme de valorisation contribuera à un changement culturel dans la prise en charge, moins curative et plus préventive, avec une intervention du praticien en amont des risques.

#### Evolution de la CCAM

Dans la CCAM, il serait nécessaire d'introduire plusieurs actes de prévention :

- Explication/démonstration sur la technique de brossage la plus appropriée tenant compte de l'âge, de la dextérité, de l'état dentaire et de l'environnement de vie de la personne
- Consultation du jeune enfant avant l'apparition des dents, avec ses parents sur le risque carieux familial avec conseils adaptés à la situation familiale
- Sensibilisation du patient fumeur à l'impact de la consommation de tabac sur sa santé et incitation et prescription du sevrage tabagique.
- Sensibilisation du patient, notamment jeune enfant, à l'impact de la mauvaise alimentation sur la santé bucco-dentaire, et dans l'optique de la prévention de l'obésité.
- Dépistage des cancers de la cavité buccale
- Pose de vernis fluorés....
- Actes de prévention parodontale : détartrage sans limitation de nombre,.....

#### Valorisation des actes de prévention

Profitant de la généralisation de la couverture santé complémentaire, il serait nécessaire d'instaurer l'obligation de réaliser les actes de prévention.

## Résumé des propositions pour la prévention en cabinet dentaire

- Inciter à la prévention et l'éducation à la santé par une révision de la CCAM et la valorisation des actes de prévention inscrits
- Inciter à la prévention et l'éducation à la santé par la mise en œuvre de parcours santé

## 2. CIBLAGE DES POPULATIONS ET DES MILIEUX DE VIE

La prévention en milieu scolaire, mise en œuvre depuis les années 1960 par les chirurgiens-dentistes de l'UFSBD, développée actuellement en grande partie dans le cadre du programme M'T Dents depuis 2007, a démontré les vertus de l'éducation à la santé et de la sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire personnalisée et sur les lieux de vie : où le public ciblé y est plus réceptif et les messages dispensés réellement adaptés à la situation bucco-dentaire donnée.

Expérimentée par l'UFSBD dans les centres d'accueil pour personnes en situation de précarité, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ou encore dans les centres de formation pour apprentis (de professions à risque, comme les CFA de boulangerie-pâtisserie), l'action de prévention ciblant des populations fragiles dans leur milieu de vie est efficace. Elle devrait être élargie, et pensée dans le cadre d'un parcours de santé bucco-dentaire individuel, tenant compte de la vulnérabilité des personnes concernées.

### 2.1 Procéder à des actions par population

#### Petite enfance

Les politiques de prévention sont globalement efficaces pour les enfants en France. Toutefois, en installant l'idée d'une visite prise en charge par le programme M'T Dents à 6 ans, a été installée l'idée qu'il n'est pas besoin de consulter le chirurgien-dentiste avant l'éruption des dents définitives. Or, il est important que le parcours de santé bucco-dentaire commence dès l'apparition des dents de lait. Et que la prévention et l'éducation à l'hygiène soit faites plus en amont encore.

Selon l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAP, devenue l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé - ANSM), un enfant est à risque carieux élevé s'il présente un des facteurs de risque suivants :

- Non-respect des règles d'hygiène alimentaire : notamment grignotage salé ou sucré, consommation de boissons type sodas en dehors des repas, prise d'aliments après le dîner ou au cours de la nuit.
- Endormissement avec un biberon contenant une autre boisson que de l'eau pure.
- Présence ou antécédents de caries chez l'enfant, les parents ou dans la fratrie.

Il existe également des facteurs de risque environnementaux dont il est indispensable de tenir compte pour apprécier le risque carieux d'un enfant. Le risque carieux varie en fonction de l'âge et au cours du temps. Il doit donc être réévalué régulièrement par un praticien (au moins une fois par an chez les enfants à faible risque carieux, et au moins 2 fois par an chez les enfants à risque carieux élevé).

La carie précoce de l'enfant (avant 3 ans) est liée, entre autres, à un mésusage du biberon : endormissement avec un biberon contenant du lait ou une boisson sucrée, tétine trempée dans du miel... Son traitement peut être coûteux dans certains cas (soins sous anesthésie générale) et traumatisant pour l'enfant (pertes dentaires prématurées).

### Nos propositions pour la petite enfance

- Une visite de prévention et d'éducation à une hygiène bucco-dentaire adaptée dans la première année de l'enfant
- Faciliter l'intervention de chirurgiens-dentistes dans les structures en relation avec les jeunes enfants et leurs parents (PMI, crèches...).
- La formation des professionnels en contact avec les futurs parents et parents de jeunes enfants (médecins, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, sages-femmes, médecins de PMI, pharmaciens...) aux enjeux de santé bucco-dentaire.
- La mise en place d'actions de sensibilisation auprès des professionnels socio-éducatifs dans les centres aérés, auprès des assistantes maternelles et les personnels des haltes garderies.

#### Enfance

L'étude de la DREES de juillet 2013 a démontré que les efforts entrepris dans les écoles primaires, auprès des enfants jusqu'à 12 ans, ont globalement porté leurs fruits. L'indice CAO des enfants de 12 ans a été divisé par trois depuis 1987 (4,2 alors, contre 1,2 en 2006). Les marges de progression sont fortes, car ces bons résultats masquent des inégalités sociales importantes, que ce soit devant la consultation ou devant la maladie carieuse.

En effet, parmi les 5-15 ans, 80% des enfants de cadres ont consulté leur chirurgien-dentiste, contre 60% des enfants d'ouvriers. A 6 ans, 90% des enfants de cadres n'ont jamais eu de carie, contre 70% des enfants d'ouvriers. En maternelle, 4% des enfants de cadre ont au moins une carie non soignée, contre 23% des enfants d'ouvriers.

### Nos propositions pour l'enfance

- La généralisation des interventions des chirurgiens-dentistes dans les établissements maternelles, primaires, et les collèges pour l'incitation à la visite régulière chez le chirurgien-dentiste, l'éducation au brossage, et les messages de sensibilisation sur les conséquences du grignotage et de l'alimentation non-équilibrée.

#### Adolescence

Si l'adolescence est une catégorie d'âge d'ores et déjà prise en compte dans les programmes de prévention comme M'T Dents (consultations à 15 et 18 ans), force est de constater que les comportements à risque s'acquièrent de plus en plus tôt, et qu'il est nécessaire d'adopter une politique de prévention plus proactive pour les adolescents.

L'âge adolescent est celui de la prise d'autonomie et des signes extérieurs d'indépendance. Ceux-ci prennent des formes variées, notamment par de nouvelles consommations alimentaires, ou tabagiques. A ces âges, l'information sur les bons comportements alimentaires et sur la prévention du tabagisme peut absolument être abordée par la santé bucco-dentaire ou, à minima, l'intégrer comme une importante dimension de la santé. L'émergence de phénomènes de plus en plus fréquents tels que l'érosion dentaire chez les jeunes adultes, due notamment à la consommation régulière de boissons acides ou énergisantes, est un bon exemple d'enjeu de prévention protéiforme.

Développer des interventions adaptées à ces âges dans les lycées (15 et 18 ans), pour renforcer l'éducation à la santé et la prévention des comportements à risque ayant des conséquences sur la santé des dents et des gencives.

### Nos propositions pour l'adolescence

- La généralisation des interventions des chirurgiens-dentistes dans les lycées pour l'incitation à la visite régulière chez le chirurgien-dentiste, l'éducation au brossage, et les messages de sensibilisation sur les conséquences du grignotage et de l'alimentation non-équilibrée.

### Grossesse

Depuis janvier 2014, les femmes enceintes peuvent bénéficier d'un examen bucco-dentaire au quatrième mois de grossesse. Cet examen est justifié notamment par les effets de la grossesse sur la santé bucco-dentaire (modifications hormonales, changement des habitudes alimentaires, nausées, vomissements...) et par les effets de la maladie parodontale sur les accouchements prématurés.

### Nos propositions pour la grossesse

- Améliorer la coordination entre médecin (généraliste ou gynécologue) et chirurgien-dentiste

### Les jeunes adultes, les adultes, le bien-vieillir et la prévention de la perte d'autonomie

L'attention ne doit pas se limiter aux enfants, mais doit aussi continuer à être portée toute la vie à différents âges clefs, notamment 35 et 55 ans afin de préparer le Bien Vieillir. La prévention tient aussi un rôle majeur, pour réduire le poids des maladies chroniques dans la prise en charge et pour réduire l'impact de la dégradation de la santé psycho-sociale sur la santé physique.

Il est nécessaire de prévenir la dégradation de la santé gingivale et parodontale par la mise en place d'un véritable parcours de santé bucco-dentaire de l'adulte constitué d'examen bucco-dentaires commençant très en amont, à 35 ans, se poursuivant à 55 ans, puis régulier à partir de 60 ans.

### Nos propositions pour le bien-vieillir et la prévention de la dépendance

- La mise en place d'un parcours de santé bucco-dentaire dès l'âge adulte, pour une prévention à long terme, avec des examens bucco-dentaires réguliers, pris en charge par l'Assurance Maladie (35 et 55 ans, puis tous les 5 ans à partir de 60 ans).
- L'intégration de la santé bucco-dentaire dans l'expérimentation PAERPA.

### Personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie

L'éducation à l'hygiène bucco-dentaire joue un rôle actif dans la prévention de la perte d'autonomie. Savoir, pour les personnes âgées et leurs aidants, comment entretenir une prothèse et adapter l'hygiène quotidienne à une santé physique et psycho-sociale dégradée, est fondamental pour éviter la spirale morbide de la dénutrition.

La santé bucco-dentaire des pensionnaires des EHPAD est très préoccupante : 75% des résidents ont un état de santé bucco-dentaire dégradé qui ne leur permet pas de s'alimenter correctement. 66% des personnes âgées institutionnalisées présentent au moins une dent cariée ou à extraire. Une fois pensionnaire en EHPAD, l'accès aux soins est faible : 42% des pensionnaires n'ont pas bénéficié de consultation depuis 5 ans ou plus. En comparaison avec une personne âgée à domicile, la possibilité de recours au chirurgien-dentiste est diminuée de 25%.

### Nos propositions pour la situation de perte d'autonomie / dépendance

- La formation des Aidants et des personnels paramédicaux, en institution et à domicile, aux enjeux et méthodes d'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées
- Examen bucco-dentaire systématique à l'entrée en EHPAD
- Examen bucco-dentaire régulier (semestriel) en EHPAD : examens bucco-dentaire, protocoles d'hygiène, orientation pour la prise en charge des soins (ville – hôpital)
- Education thérapeutique renforcée et adaptée à la situation de santé de la personne âgée, avec un volet aux Aidants, particulièrement pour les personnes souffrant de diabète, de handicap ou de poly-pathologie

### Personnes handicapées, mentale ou psychomotrice

L'accès à la prévention doit ici être considéré comme un pré-requis pour assurer la prise en charge des soins en milieu ordinaire, dans le droit commun.

Nos propositions s'adressent aux personnes handicapées dès lors qu'elles sont en capacité de comprendre les messages et de les appliquer. Et quand ce n'est pas le cas, à l'entourage de la personne handicapée (personnel encadrant, aidant) afin de faciliter l'acceptation des pratiques de prévention par la personne handicapée et de garantir une certaine pérennité de la démarche.

### Nos propositions pour les personnes handicapées

- Former les aidants des personnes handicapées, mentales ou psycho-moteur, à la prévention et à la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire
- Accès à la prévention citoyenne : campagnes de prévention nationales, examens de prévention prévus dans le droit commun
- Instauration de mesures spécifiques : incitation à la consultation chez le chirurgien-dentiste une fois par an (conseils d'hygiène, prise en charge précoce, habitudes de consultation en milieu ordinaire hors urgences, orientation si nécessaire vers des structures de soins intermédiaires, type réseau, ou en milieu hospitalier).
- Créer un modificateur Handicap de la CCAM, et ouvrir le droit au modificateur handicap lié à un protocole de soins spécifique.
- Prise en charge du transport vers le cabinet dentaire
- Outils de coordination : carnet de santé et d'accompagnement
- Inscrire le MEOPA à la CCAM pour les soins aux personnes handicapées en cabinet dentaire.

### Personnes en situation de précarité

Les inégalités sociales ont un impact sur la santé des plus jeunes. Ceci est particulièrement net pour la santé bucco-dentaire : les enfants des catégories sociales les plus défavorisées sont plus nombreux à souffrir d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire et des pathologies qui en résultent. La différence de prise en compte des questions d'hygiène dentaire est liée certes à des raisons financières mais aussi à l'accès à l'information, à l'éducation pour la santé et à la prévention, différent suivant le degré d'instruction. Il est important d'agir par le biais de l'école et de ses zones d'éducation prioritaire en ciblant non seulement le jeune mais aussi son entourage.

Les personnes en situation de précarité sont en fragilité sociale et leur priorité n'est pas la santé, il est donc important d'aller au-devant de ces populations en les sensibilisant à l'importance de la santé bucco-dentaire sur leurs lieux de vie (centre d'accueil, centres d'hébergement) et en leur faisant comprendre qu'une bonne santé bucco-dentaire peut être un atout pour une réinsertion sociale.

#### Nos propositions pour les personnes en situation de précarité

- Systématiser les partenariats entre associations caritatives, associations de praticiens et collectivités locales et/ou financeurs privés pour des actions de dépistage et de sensibilisation régulières en centre d'accueil

### 2.2 Procéder à des actions par milieu de vie : ces propositions complètent celles présentées dans l'approche populationnelle

Il est important d'intervenir au plus près des populations afin de garantir la transmission d'une culture de santé de base. Des actions sont mises en place dans les lieux de vie, là où ils forment une « cible captive » et dans un contexte naturel d'apprentissage et d'éducation.

### Etablissements scolaires

Il est nécessaire de proposer, en plus des interventions en éducation la santé, des séances d'éducation individuelle avec dépistage pour les enfants de 4 - 6 - 9 - 12 - 15 - 18 ans dans les réseaux ECLAIR (Écoles - Collèges - Lycées pour l'Ambition, l'Innovation et la Réussite) et les RRS (Réseau Réussite Scolaire).

L'objectif est de prévenir la tendance actuelle qui consiste pour les jeunes adultes à cesser de consulter régulièrement leur chirurgien-dentiste, ce qui a pour conséquence un dépistage des maladies carieuses ou gingivales trop tardif, et *a fortiori*, trop coûteux. Les établissements scolaires sont un choix judicieux d'intervention car les jeunes forment là une cible captive, qui sera une fois le bac passé, plus apte à recourir à des examens bucco-dentaires réguliers (actuellement moins d'un quart des étudiants déclarent avoir consulté un dentiste au cours des 6 derniers mois selon l'enquête Emevia/CSA, 2011).

#### Nos propositions pour les milieux scolaires

- Développer en partenariat avec l'Éducation Nationale des interventions de chirurgiens-dentistes en éducation individuelle avec dépistages dans les maternelles, primaires collèges et lycées

### Lieux de travail

87,2% des adultes en France ont de la plaque dentaire, dont 20% en quantité suffisante pour être visible à l'œil nu lors d'un examen clinique.

51,7% de la population adulte en France présente une inflammation modérée des gencives, qui s'étend pour 12,5% d'entre eux à des sites parodontaux (tissus de soutien des dents).

Dans le cadre de la Responsabilité Sociale des Entreprises, et à la faveur de l'application de l'Accord national interprofessionnel, plusieurs mesures peuvent être prises pour améliorer l'accès à la santé et à la prévention sur les lieux de travail.

L'UFSBD souhaite faire de la prévention sur le milieu du travail une priorité, en s'appuyant sur l'entreprise pour y développer un programme de sensibilisation à la santé bucco-dentaire pour tous les salariés afin de favoriser leur engagement dans un parcours de santé bucco-dentaire et une incitation pour les 35 ans et 55 ans à réaliser leur examen de prévention. L'entreprise est un lieu pertinent de promotion de comportements favorables à la santé. En effet elle permet d'améliorer l'accès à la prévention, en étant pour certains salariés la seule et unique voie d'accès à la prévention et aux soins.

### Nos propositions pour la prévention sur les lieux de travail

- Le développement de programmes de sensibilisation dans les offres de mutuelles, conclues dans le cadre des contrats collectifs prévus par l'ANI pour tous les salariés
- Etablir dans ces programmes de sensibilisation un volet spécifique d'incitation à l'examen de prévention pour les 35, 55, 60 et 65 ans.

### Milieu carcéral

Les demandes de soins dentaires représentent plus de 30% des consultations de spécialités en milieu carcéral. La fréquence de ces pathologies est fortement liée à des facteurs de risque connus et caractéristiques des populations en situation de précarité : pratiques d'hygiène bucco-dentaires moins largement diffusées que dans la population générale ; moindre recours à la prévention par le fluor ; moindre recours aux soins (crainte de la douleur, obstacles financiers à l'accès aux soins – prothétiques en particulier) ou recours aux soins limité aux situations d'urgence.

Au cours du séjour en détention, il peut en outre exister des facteurs d'aggravation de cet état : alimentation déséquilibrée (prises répétées de produits sucrés et de sodas) ; stress, états dépressifs et prise de psychotropes (dont résulte une sécheresse buccale favorisant la carie) ; tabac ; alcool ; autres substances toxiques.

### EHPAD

Dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'état de santé des résidents est très préoccupant : 75% des résidents ont un état de santé bucco-dentaire dégradé, qui ne leur permet pas de s'alimenter correctement. Deux personnes âgées institutionnalisées sur trois (66%) présentent au moins une dent cariée ou à extraire.

Le manque d'un accompagnement adapté en hygiène bucco-dentaire et en entretien d'éventuels appareillages, ainsi qu'en diagnostics et suivi de soins peut être facteur de dénutrition des pensionnaires, de perte d'estime de soi, d'isolement et de repli sur soi, dégradant à la fois la santé psycho-sociale et la santé globale.

### Nos propositions pour la prévention dans les EHPAD

- Un examen bucco-dentaire à l'entrée en EHPAD, puis tous les 6 mois
- La création d'outils de coordination : dossier médical partagé avec items sur l'état de santé bucco-dentaire et protocole d'hygiène
- L'intégration des chirurgiens-dentistes au sein des équipes gériatriques des EHPAD, au même titre que les médecins, infirmiers, kinésithérapeutes et personnels paramédicaux.
- La formation des personnels soignants et médico-sociaux à l'hygiène bucco-dentaire spécifique de personnes âgées dépendantes, et aux enjeux de sa prise en charge y compris l'entretien des prothèses.

### ▼ Foyers médico-sociaux ou lieux de vie des personnes handicapées

#### Nos propositions pour la prévention dans les foyers médico-sociaux ou lieux de vie des personnes handicapées

- La mise en place de programmes de sensibilisation des personnes handicapées
- Dans les IME, la mise en place pour les 6 – 12 ans des mesures d'accompagnement M'T Dents
- Intégration des chirurgiens-dentistes au sein des équipes dans les établissements médico-sociaux
- La systématisation pour tous les résidents d'exams de prévention une fois par an, au sein de l'établissement avec mise en place de protocoles de prévention et d'orientation pour la prise en charge (cabinet dentaire de ville, structure intermédiaire type réseaux ou hôpital) en fonction du patient et ses besoins en soins.

## Chapitre 2

# Prévenir, prendre en charge, accompagner les maladies chroniques

### INTRODUCTION

Les affections de longue durée représentent les deux tiers des dépenses de l'Assurance Maladie, et en représenteront les trois quarts d'ici dix ans. Facteur aggravant ou complication liée à la maladie chronique ou à ses traitements, **la santé bucco-dentaire est l'un des maillons de la santé des patients souffrant d'affection de longue durée.**

On a recensé 9,74 millions d'Affections de Longue Durée (ALD) (Régime général + Sections Locales Mutualistes) en France fin décembre 2009.

Trois pathologies regroupent près d'une ALD sur deux :

- Les tumeurs malignes : 18,4%
- Le diabète de type I et II : 18,2%
- L'hypertension artérielle: 11,8,%

Afin d'éviter les complications et aggravation de la santé du malade, il est nécessaire 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.

### 1. PRÉVENTION, PRISE EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENT DES MALADIES CHRONIQUES

Les interrelations entre santé bucco-dentaire et maladies chroniques sont peu connues, il est important de sensibiliser d'une part le grand public pour qu'il soit conscient des risques et d'autre part les personnes atteintes de maladies chroniques afin qu'elles limitent les interactions et intègrent de nouveaux comportements.

#### 1.1 Diabète

La relation entre le diabète de type 2 et les maladies parodontales est significative. Les sujets atteints de diabète présentent une inflammation gingivale et une perte d'attache plus importante à niveau d'hygiène buccale équivalente. La maladie parodontale est considérée, aux Etats-Unis, comme la sixième complication du diabète. Cette affection est reconnue comme facteur causal ou aggravant des affections parodontales (lésions des tissus de soutien de la dent) et les personnes atteintes présentent un risque carieux très élevé.

#### 1.2 Pathologies cardiaques

Une récente étude conduite en collaboration avec l'Hôpital Européen Georges Pompidou sur le risque cardio-vasculaire, a constaté que les individus les plus atteints par la parodontite ont un risque de décès par maladie cardio-vasculaire à dix ans qui est 4 fois plus important que pour des sujets non atteints de parodontite, et ce indépendamment de l'âge.

#### 1.3 Autres

Il existe de plus en plus de preuves démontrant une association entre la maladie parodontale et les maladies obstructives chroniques des voies respiratoires, les maladies rénales chroniques, la polyarthrite rhumatoïde, les troubles cognitifs, l'obésité, le syndrome métabolique et certains cancers...

Nous recommandons de modifier fondamentalement la perception de la responsabilité des professionnels de santé quant à l'état de santé générale des patients et le lien avec la santé bucco-dentaire. Il est certain qu'une meilleure prise en charge de la santé des patients passe par le développement d'une meilleure collaboration entre les chirurgiens-dentistes et les autres professionnels de santé et paramédicaux.

L'UFSBD propose de mettre en place des **campagnes d'information et sensibilisation des patients**, par l'intermédiaire des associations et des réseaux, tant des risques bucco-dentaires liés à leur pathologie que des conséquences d'un mauvais état bucco-dentaire sur leur état. Il est nécessaire, pour une action coordonnée, **d'informer et former les autres professionnels de santé** sur les liens entre la santé et la santé bucco-dentaire.

## 2. DÉPISTAGES PRÉCOCES ET ACCOMPAGNEMENT DES TRAITEMENTS DE CANCERS

### 2.1 Dépistage précoce des cancers de la cavité buccale

La prévalence des cancers de la cavité buccale n'a pas diminué en France depuis trente ans. Peu mortels, ils sont toutefois diagnostiqués à un stade trop avancé, et handicapent sérieusement ceux qui en sont atteints.

Nous préconisons, afin d'y remédier :

- De faire du chirurgien-dentiste le professionnel de santé en charge du dépistage des cancers de la cavité buccale ;
- De réformer en conséquence la formation initiale des chirurgiens-dentistes et de proposer un module sur les cancers de la cavité buccale dans le Développement Professionnel Continu ;
- D'inclure le dépistage des cancers de la cavité buccale parmi les actes de prévention effectués en cabinet dentaire ;
- De rendre ce dépistage systématique pour les patients déclarant consommer régulièrement de l'alcool et du tabac, ainsi que pour les patients reçus dans le cadre d'une visite de parcours de santé bucco-dentaire individuel (35 ans, puis tous les 5 ans à partir de 55 ans).

### 2.2 Prévenir les conséquences bucco-dentaires des cancers et des traitements

Le traitement par chimiothérapie, quelle que soit la localisation de la tumeur, exige au préalable l'éradication de tout foyer infectieux.

Les traitements subis par les patients atteints de cancers ont des conséquences sur leur santé globale mais aussi sur leur santé bucco-dentaire. Les effets de ces complications bucco-dentaires peuvent détériorer une santé psycho-sociale fragile, qui tend aussi bien à la socialisation et au confort de vie qu'à l'esthétique.

Les patients traités en chimiothérapie connaissent une perte salivaire qui engendre une fragilisation de l'émail, souvent un repli gingival qui peut mener à un déchaussement, et une détérioration globale des tissus de soutien des dents, qui constituent une difficulté supplémentaire pour des patients à la santé psycho-sociale particulièrement dégradée. Pour les patients âgés, ces complications aggravent souvent une situation bucco-dentaire déjà fragile, et les risques de repli et de désocialisation sont ainsi démultipliés.

Nous préconisons :

- A l'instar du port de la perruque, qui fait l'objet d'une prescription par le médecin et d'une prise en charge par un forfait remboursé par l'Assurance Maladie, d'instaurer des examens bucco-dentaires réguliers (tous les 6 mois) pendant la durée du traitement chimiothérapique et l'année suivante.
- D'intégrer le chirurgien-dentiste dans la définition d'un protocole de soins coordonné pour les patients traités pour un cancer.

### 3. UNE ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DAVANTAGE VALORISÉE

La coopération entre chirurgiens-dentistes, médecins généralistes, médecins spécialistes, et professions paramédicales doit être améliorée, notamment dans les processus d'Education Thérapeutique du Patient (ETP), qui doivent intégrer une dimension de santé bucco-dentaire, notamment pour le suivi des patients atteints de cancers, de diabète et de maladies cardio-vasculaires.

#### Nos propositions pour prévenir, prendre en charge, accompagner les maladies chroniques

- Faire du chirurgien-dentiste un relai de la santé de tous les patients et plus spécifiquement de ceux souffrants de maladie chronique
- Intégrer le chirurgien-dentiste dans la définition d'un protocole de soins coordonné pour les patients traités pour un cancer.
- Intégrer le chirurgien-dentiste dans la prévention, et l'accompagnement des cancers ainsi que dans le dépistage de cancers de la cavité buccale
- Instaurer un forfait remboursé par l'Assurance Maladie, prenant en charge des examens bucco-dentaires réguliers (un par semestre) pendant la durée du traitement chimiothérapique et l'année suivante.

## Chapitre 3

# Coordination entre professionnels de santé et médico-sociaux

### INTRODUCTION

Il est important de mettre en place de véritables canevas de coordination pour éviter les ruptures de soins et les défauts de prise en charge et d'accompagnement. Dans un premier temps, cela commence par la formation des professionnels de santé et la création d'une « culture commune entre professionnels ». Cela se répercutera dans l'animation et la coordination des soins.

Le chirurgien-dentiste est un professionnel médical en accès direct. Il est souvent oublié par les médecins dans le parcours santé des patients.

### 1. PAR LA FORMATION

Intégrer dans les pratiques des professionnels de santé (médecins généralistes, gériatres, sages-femmes, pédiatres, infirmières puéricultrices, pharmaciens, médecins du travail, santé préventive universitaire ...) une approche de la santé dentaire pour qu'ils conseillent et orientent leurs patients en cas de besoin. Dans ce cadre, le renforcement des connaissances de ces professionnels dans le domaine bucco-dentaire est indispensable.

#### Formation des professionnels médicaux et autres professionnels de santé :

- La formation initiale des professionnels médicaux (médecins) et paramédicaux doit intégrer un vrai module de santé bucco-dentaire,
- La formation initiale des chirurgiens-dentistes doit comporter un volet sur la prise en charge des patients handicapés et dépendants, notamment de formation à la sédation consciente et aux autres techniques d'accompagnement des soins.
- Un module handicap pourrait être intégré dans le programme des internats existants.
- La formation continue doit permettre aux professionnels de santé de se retrouver sur des thématiques communes (handicap, polyopathologies...).

#### Formation des infirmières, des personnels de soins des établissements médico-sociaux et des intervenants professionnels du domicile, des aides-soignantes...

- Pendant la formation initiale, il est primordial d'intégrer un module sur la santé bucco-dentaire et la prise en charge de l'hygiène.
- La formation continue doit permettre de mettre à jour régulièrement les protocoles en santé bucco-dentaire dans les services ou dans les établissements médico-sociaux.
- La formation d'un référent santé bucco-dentaire, dans les services hospitaliers, dans les établissements médico-sociaux, ou autres permettrait un échange avec les professionnels de santé et une meilleure prise en charge des patients.

## ▮ L'importance du statut et de la formation de l'assistante dentaire

Nous soutenons l'inscription du métier d'assistante dentaire au Code de la Santé et nous proposons d'inclure des actes d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique à sa pratique dans la définition de son référentiel métier. Elle pourrait aussi accompagner des chirurgiens-dentistes en dehors des cabinets pour promouvoir la santé et la santé bucco-dentaire et notamment les règles d'hygiène bucco-dentaire.

## 2. ORGANISATION D'ÉQUIPES PLURI-PROFESSIONNELLES DE PROXIMITÉ

### 2.1 Intégration du chirurgien-dentiste, médecin de premier recours

Les chirurgiens-dentistes doivent être intégrés à l'équipe pluri-professionnelle de premier recours pour pouvoir être pleinement acteur de santé publique. Or il est mis en avant les médecins et les pharmaciens mais le chirurgien-dentiste est trop souvent oublié. Les chirurgiens-dentistes reçoivent en France jusqu'à 500.000 patients par jour dans leur cabinet dentaire, sans passer par le médecin généraliste. Ils sont en première ligne dans la santé dentaire, mais ils peuvent, le cas échéant, réorienter des patients si leur santé le nécessite vers d'autres professionnels de santé.

### 2.2. Coordination des soins avec les équipes spécialisées

Par ailleurs, il est important que la coordination s'appuie sur les professionnels de santé et non sur le patient. La Stratégie Nationale de Santé évoque peu cette question. Il faut que les professionnels communiquent entre eux et se coordonnent sans passer par le patient. C'est pourquoi nous recommandons que les chirurgiens-dentistes puissent accéder à toutes les données de santé de leurs patients grâce à « l'ouverture » du dossier médical partagé.

## 3. COORDINATION ENTRE MÉDECINE DE VILLE ET MÉDICO-SOCIAL

### 3.1 Coordination en EHPAD

Les personnes âgées dépendantes, à domicile ou en EHPAD, n'ont plus l'autonomie nécessaire pour assurer seules une bonne hygiène aussi bien dentaire que prothétique ; celle-ci doit être supervisée, voire même assurée par les aidants.

Or l'hygiène bucco-dentaire est peu intégrée dans la pratique des soignants comme dans leur formation. C'est pourquoi toutes les équipes doivent être formées à l'hygiène bucco-dentaire, personnels soignants mais aussi non soignants, avec des approches différenciées selon leur rôle. Le chirurgien-dentiste doit impulser la mise en place d'un véritable projet d'établissement autour de la santé bucco-dentaire.

Il doit aussi être impliqué dans l'organisation des parcours santé des personnes âgées dépendantes en établissement, vers le milieu ordinaire ou vers le milieu hospitalier.

### 3.2 Coordination en centre médico-social pour personnes handicapées

Engagée de longue date sur cette question, l'UFSBD a été sollicitée pour apporter son expertise à la dernière mission lancée sur ce thème par la ministre déléguée en charge des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion. Le docteur Sophie DARTEVELLE, Présidente de l'UFSBD, été chargée

de coordonner un atelier afin d'apporter des solutions concrètes pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins aux personnes handicapées en médecine de ville.

Pour les personnes handicapées, même les soins les plus courants « se reportent souvent sur l'hôpital ».

L'amélioration de la prise en charge de la santé bucco-dentaire passe par une meilleure articulation entre l'hôpital, la médecine de ville et le médico-social pour assurer la continuité des soins.

Pour ce qui concerne les soins bucco-dentaires, la prise en charge en milieu ordinaire doit être favorisée en première intention. Cela passe par la mise en place de programmes de prévention qui ne se contentent pas du droit commun mais proposent des mesures spécifiques (détaillées plus haut)

Pour certains patients handicapés en échec de soins ordinaires, des consultations pluridisciplinaires (permettant gain de temps et décloisonnement des pratiques), en milieu hospitalier ou non, existent déjà mais mériteraient d'être multipliées et mieux organisées.

Les soins aux personnes en situation de handicap nécessitent plus de temps et l'absence d'une tarification adaptée représente un obstacle sérieux à la réalisation de soins en médecine de ville. La classification commune des actes médicaux (CCAM) devrait être modifiée afin de valoriser le temps passé lors de ces actes longs.

Ils seraient applicables dans le cadre de protocoles de soins validés par l'Assurance Maladie, à la manière des protocoles d'Affection de Longue Durée (ALD), pour formaliser le parcours de prévention et de soins.

### Nos propositions pour la coordination entre professionnels de santé et médico-sociaux

- Soutenir l'inscription de l'assistance dentaire dans le code de la santé
- Promouvoir les formations communes entre professionnels de santé sur des thématiques ayant un lien avec la santé bucco-dentaire
- Ouvrir le DMP au chirurgien-dentiste sans restriction
- Inclure des programmes de santé bucco-dentaire dans les établissements pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap.
- Intégration des chirurgiens-dentistes au sein des équipes dans les EHPAD et Etablissements Médico-Sociaux
- L'accompagnement des professionnels médicaux à l'intervention dans les établissements médico-sociaux (EMS), sous forme de tutorat ou de compagnonnage par des praticiens expérimentés.
- Modifier la CCAM afin de valoriser le temps passé aux soins des personnes handicapées
- Créer un carnet de santé et d'accompagnement partagé pour les patients handicapés

## Chapitre 4

# Recherche épidémiologique et information sur la santé

### INTRODUCTION

De meilleurs indicateurs sont plus que nécessaires pour mieux informer, et pour une meilleure organisation de l'information. Ils sont également la base de tout discours tendant à rendre chacun responsable de sa bonne santé, en collaboration avec son chirurgien-dentiste.

Les indicateurs pour la santé bucco-dentaire sont tous très anciens, et ne sont pas satisfaisants afin d'élaborer des politiques de prévention primaire, secondaire et tertiaire efficaces. L'UFSBD préconise de se concentrer sur les deux grandes pathologies bucco-dentaires, ainsi que sur certaines populations à risque spécifique, tendant à avoir des effets importants sur leur santé globale.

### 1. ETUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

#### 1.1 Maladies bucco-dentaires

##### Maladie carieuse

Les dernières données épidémiologiques menées auprès des enfants de 6 et 12 ans datent de 2006. Il est nécessaire de renouveler l'enquête épidémiologique sur le CAO des enfants de 6 et 12 ans pour « répondre » à l'objectif 91 de la loi de santé publique, mesurer l'impact des dispositifs de prévention sur la santé bucco-dentaire comme l'action MT'Dents, et permettre une meilleure adéquation des politiques de santé publique bucco-dentaire.

##### Maladies parodontales

Les dernières données épidémiologiques dont la France dispose datent depuis plus de 10 ans. L'enquête menée par l'UFSBD en 2003 (Santé parodontale et santé générale situation en France – P Hescot et D. Bourgeois) donne une idée de la gravité de la situation parmi les patients de 35 à 65 ans.

Il est impératif que soit mis en place une enquête, sur cette même tranche d'âge, permettant de fournir les indicateurs de base sur le saignement gingival, la présence de tartre, le degré de récession gingival, la profondeur des poches parodontales, ainsi que des données d'hygiène bucco-dentaire.

#### 1.2 Etudes par population spécifique

##### Personnes âgées

L'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées doit être suivi. Si un examen bucco-dentaire à l'entrée en établissement devient obligatoire, des sondages aléatoires, répétés dans le temps, à partir des fiches de relevé permettraient un suivi de l'évolution de cette population.

Une étude sur l'âge moyen d'édentement en France des personnes de plus de 65 ans serait intéressante comme indicateur de la qualité de vie des personnes âgées.

## Diabète et risque parodontal

Le diabète favorise l'apparition, la progression ou la gravité de maladies parodontales. A l'inverse la présence de maladies parodontales est associée à une détérioration du contrôle glycémique. Il est important d'éclairer ces mécanismes par la mise en place d'études sur cette population à risque, au-delà de la recherche Nord-Américaine.

## 2. SERVICE PUBLIC D'INFORMATION SUR LA SANTÉ

### 2.1 Coordination d'expertise INPES - UFSBD

Pour mener à bien ses missions, l'INPES exerce la fonction de conception et de production des supports de programmes nationaux de prévention, d'éducation thérapeutique et d'éducation à la santé, notamment les documents d'information, les outils pédagogiques et les dispositifs de communication.

La santé bucco-dentaire est actuellement le parent pauvre des campagnes de l'INPES, malgré la convention cadre signée entre l'INPES et l'UFSBD. Une collaboration effective entre les deux organismes devrait être mise en œuvre. L'INPES pourrait s'appuyer sur l'UFSBD pour concevoir, développer et diffuser de nouveaux outils et programmes d'information.

## 3. COORDINATION AU NIVEAU LOCAL AVEC LES ACTEURS DE SANTÉ

### 3.1 Conventions au niveau régional pour la santé bucco-dentaire

#### Protocole d'accord entre l'UFSBD et les Agences Régionales de Santé

Un des objectifs essentiels des ARS est le décloisonnement des différentes composantes du système de santé. La prise en charge de la santé bucco-dentaire est un terrain de choix du décloisonnement des différents secteurs du système de santé.

La thématique bucco-dentaire doit être inscrite systématiquement dans les plans des différentes instances régionales et locales, et notamment l'ARS.

### 3.2 Autres partenariats avec les acteurs locaux à envisager

Des partenariats entre les associations et les acteurs locaux (conseil général, CCAS) devraient être renforcés dans le cadre d'actions pluriannuelles.

### Nos propositions pour la recherche épidémiologique et information sur la santé

- Renouveler l'enquête épidémiologique CAO des enfants de 6 et 12 ans
- Réaliser une enquête sur les indicateurs et la prévalence de la maladie parodontale
- Entreprendre une « réelle » collaboration avec l'INPES sur la création d'outil pour la prévention bucco-dentaire
- Inscrire la thématique bucco-dentaire dans les programmes régionaux et locaux.
- Favoriser la mise en place d'actions de proximité en s'appuyant sur les associations locales, dans les contrats d'objectif pluriannuels.
- Sanctuariser les financements destinés aux actions de prévention et d'éducation à la santé