

XVI^{ème}
Colloque National
de Santé Publique



LES ACTES
DU
COLLOQUE

Maladies chroniques et santé bucco-dentaire
L'éducation thérapeutique, Pour qui ? Pour quoi ?

Le jeudi 8 octobre 2015

FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75015 Paris

Maladies chroniques et santé bucco-dentaire

Sommaire

Ouverture	3
Dr Benoît PERRIER Secrétaire général de l'UFSBD Dr Sophie DARTEVELLE Présidente de l'UFSBD	
Introduction : Liens entre santé bucco-dentaire et maladies chroniques : état des connaissances	5
Débat animé par le Dr Christophe LEQUART, Porte-parole de l'UFSBD Mme Isabelle GREMY Directrice du département des maladies chroniques, InVS Dr Charles MICHEAU Attaché de consultation, hôpital Rothschild Dr Hélène RANGE Maître de conférences-praticien hospitalier, Université Paris 7, hôpital Rothschild (APHP)	
Première table ronde : « Connaissances et comportements en termes de santé bucco-dentaire chez les personnes atteintes d'une maladie chronique »	18
Table ronde animée par Monsieur Alain OLYMPIE, Directeur AFA Vaincre les MICI Dr Nolwenn REGNAULT Epidémiologiste InVS M.Gérard RAYMOND Secrétaire général, Fédération française des Diabétiques Dr Jean-Louis BUSSIÈRE Cardiologue	
Deuxième table ronde : « Education thérapeutique du patient : retours d'expériences »	30
Table ronde animée par le Dr Jacques WEMAERE, Vice-Président de l'UFSBD Dr Amélie ODIER Chirurgien-dentiste, Ingénieure en pédagogie de la santé Dr Pierre-Olivier DONNAT Chirurgien-dentiste, Secrétaire général adjoint, CNSD Dr Marcel PERROUX Chirurgien-dentiste, Vice-président, UJCD	
Conclusion	42
Dr Sophie DARTEVELLE Présidente de l'UFSBD	

Docteur Sophie DARTEVELLE

Présidente de l'UFSBD

J'ai à la fois l'honneur, le privilège et le plaisir de vous accueillir aujourd'hui dans les locaux de la FNMF pour le seizième colloque de l'UFSBD, organisé en partenariat avec la FNMF. Le docteur Jean-Martin COHEN-SOLAL s'excuse de son absence, sa présence étant nécessaire au sein d'une instance de pilotage de la Mutualité. Il nous a transmis un texte, dont le docteur Benoît PERRIER va vous donner lecture.

Ouverture

Dr Benoît PERRIER

Secrétaire général de l'UFSBD pour la Mutualité française

« Mesdames, Messieurs,

La Mutualité française est très heureuse d'accueillir dans ses locaux le seizième colloque de l'UFSBD qui porte sur les maladies chroniques et la santé bucco-dentaire. Vous le savez, la santé bucco-dentaire est un sujet important pour la Mutualité, dont l'un des enjeux est de garantir à tous un accès optimal aux soins. Cet enjeu concerne aussi bien les mutuelles dans l'accompagnement de la santé de leurs adhérents, qui est primordial pour permettre une amélioration de la qualité de vie de tous, que les 480 centres de santé dentaire mutualiste répartis sur le territoire national et qui constituent une offre de soins considérable.

Cette année, l'UFSBD, acteur incontournable de la santé bucco-dentaire, met l'accent à travers ce colloque sur les liens étroits existant entre les maladies chroniques et la santé bucco-dentaire. La Mutualité française considère que l'état de santé dentaire fait partie des grands enjeux de santé sur lesquels il est nécessaire d'agir en raison de leur impact sur l'état de santé général. Elle estime que les politiques publiques en matière de santé bucco-dentaire ne sont pas assez ambitieuses, mis à part le programme « MT Dents », qui a pourtant connu un récent recul. De son côté, elle a mis en place des actions de prévention, notamment à destination de publics spécifiques, comme les personnes âgées dépendantes en établissement et à domicile et les personnes en situation de handicap.

A la veille de la renégociation de la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux, la Mutualité réaffirme son attachement à travailler avec l'ensemble des acteurs de ce secteur pour développer la prévention bucco-dentaire, mais aussi la pérennité des prises en charge et un égal accès à tous aux soins dentaires. »

Dr Sophie DARTEVELLE

Présidente de l'UFSBD

Le message formulé par la Mutualité est très fort. La nécessité de travailler conjointement sur ces sujets extrêmement importants, que sont la prévention et la définition de parcours santé par exemple, nous paraît également évidente. C'est pour toutes ces raisons que l'UFSBD tient à renforcer ses liens avec la Mutualité.

Il y a déjà plus de dix ans, en 2003, l'UFSBD organisait un premier colloque sur le thème des maladies chroniques et de la santé bucco-dentaire. Pour ceux qui suivent nos colloques chaque année, si vous avez bonne mémoire, vous avez pu constater que le programme n'est pas le même, témoignant des évolutions de prise en compte et de comportements en la matière. En 2003, le colloque visait prioritairement à faire reconnaître les relations et

l'impact de la santé bucco-dentaire sur les maladies chroniques, les liens entre les deux éléments étant jusqu'alors inconnus. Si les chirurgiens-dentistes les connaissaient, peu d'autres professionnels de santé les intégraient dans leur pratique.

Le système de santé était très cloisonné, entre l'hôpital et la médecine de ville tout d'abord mais aussi et surtout entre les différents professionnels médicaux. Rares étaient les passerelles existantes entre les médecins et les dentistes. Et pour compléter le tableau, les patients, les usagers n'étaient pas encore impliqués dans la prise en charge de leur pathologie. La communication et la collaboration entre les professionnels médicaux, le grand public et les patients, pourtant indispensables à une politique de santé publique de qualité étaient balbutiantes, voire quasiment inexistantes. Par l'organisation d'un colloque sur le sujet, l'UFSBD s'était montrée précurseur.

Depuis l'année 2003, l'UFSBD, organisme créé, dirigé et animé par les chirurgiens-dentistes entièrement dédié à la prévention et à la promotion de la santé, s'est saisie sans relâche de cet enjeu. Elle a mis à profit son statut d'interlocuteur privilégié et unique à la fois du grand public, des patients, des professionnels médicaux et de santé et des institutionnels pour faire admettre ces évidences. A cette fin, elle s'est appuyée sur de la communication, des actions de sensibilisation de proximité au plus près de la population et des actions de formation destinées aux chirurgiens-dentistes et aux professionnels de santé.

Impatients, trouvant que les choses n'allaient décidément pas assez vite nous avons inscrit en tête de notre programme la phrase suivante : « *Personne ne peut dire qu'il est en bonne santé, s'il n'est pas en bonne santé bucco-dentaire.* » marquant ainsi l'importance de la santé bucco-dentaire dans la santé, ainsi que la nécessité d'inscrire le chirurgien-dentiste au cœur du parcours de santé de toute la population. Nous avons multiplié les collaborations avec les professionnels de santé, les associations de patients et d'usagers, à la fois en termes de communication et d'actions communes.

Désormais, l'importance de la santé bucco-dentaire et son impact sur la santé globale ne semblent plus à démontrer. Les institutionnels, les professionnels de santé et le grand public partageant ce constat. Il sera toutefois utile de présenter une mise à jour des connaissances scientifiques sur ces sujets

En revanche, malheureusement, je doute que la posture des institutionnels, que le comportement des patients aient évolué et que des bonnes pratiques aient été généralisées et mises en place au quotidien. A quelle horizon le seront-elles, avec quels moyens ?.

Je souhaite que ce colloque, à travers le partage d'expériences, la parole donnée aux patients et aux professionnels de santé, nous permette de créer cet élan, pour le bien-être de la population. Je vous souhaite une excellente journée, en espérant qu'elle contribue à répondre à ces interrogations.

Introduction

Liens entre santé bucco-dentaire et maladies chroniques : état des connaissances

Débat animé par le Dr Christophe LEQUART, Porte-parole de l'UFSBD

Intervenants :

Mme Isabelle GREMY, Directrice du département des maladies chroniques, InVS

Dr Charles MICHEAU, Attaché de consultation, hôpital Rothschild

Dr Hélène RANGE, Maître de conférences, praticien hospitalier, Université Paris 7, hôpital Rothschild (APHP)

Point épidémiologique sur les maladies chroniques

Mme Isabelle GREMY

Directrice du département des maladies chroniques, InVS

Dans le cadre de ma fonction à l'InVS, j'exerce une surveillance de l'état de santé de la population, à la fois en matière de déterminants et de complications. Or, nous ne prenons que peu en compte les déterminants relevant de la santé bucco-dentaire, alors que nous connaissons l'importance de leur impact. Il me sera difficile de présenter un bilan épidémiologique de l'ensemble des maladies chroniques en si peu de temps, mais je tenterai de vous communiquer le plus grand nombre possible de données.

L'OMS définit les maladies chroniques non transmissibles comme caractérisées par leur longue durée et par leur progression généralement lente. Elle en identifie principalement quatre, d'autres intéressant cependant également la santé bucco-dentaire : les enjeux liés à la vieillesse, les maladies dégénératives, le handicap et la santé mentale et psychiatrique sont également significatifs.

1) Le poids de la morbidité et de la mortalité et les sources de données mobilisées

Le poids de la morbi-mortalité combine à la fois le nombre d'années de vie perdues et le nombre d'années en incapacité. Il constitue donc un indicateur global du fardeau que représente une maladie. En France, les cancers, situés en première position, induisent une grande mortalité, mais peu d'années d'incapacité. En revanche, les maladies psychiatriques, en deuxième position, occasionnent peu de mortalité, mais beaucoup d'incapacité. Viennent ensuite les maladies cardiovasculaires et le diabète, puis les maladies respiratoires chroniques.

Le poids des maladies chroniques est en croissance régulière en raison du vieillissement de la population : une personne sur cinq souffre d'une maladie chronique en France, tandis que onze millions de personnes sont considérées comme étant en affection de longue durée (ALD). En outre, les cancers sont à l'origine de 30% des décès, de même que les maladies cardiovasculaires. Quant au diabète, il concerne 5 % de la population. L'obésité constitue

également un problème constant et représente un facteur de risque significatif des maladies chroniques.

L'InVS établit une surveillance à partir de quatre types de données :

- les causes médicales de décès, à travers les certificats de décès ;
- les enquêtes en population générale, réalisées au niveau national par la Drees, l'InVS ou l'INPES ;
- les registres, qui sont des dispositifs permettant, sur un territoire limité, généralement le département, de rechercher activement le nombre de cas et d'estimer véritablement l'incidence d'une maladie ;
- les données de l'Assurance Maladie, se révélant un excellent instrument de suivi de l'évolution et de l'épidémiologie des maladies chroniques dès lors qu'elles sont soumises à des études de validité.

2) Les cancers

Entre 1980 et 2010, la mortalité et la morbidité des femmes étaient inférieures à celles des hommes. Quoi qu'il en soit, la mortalité globale décroît de façon régulière depuis plusieurs décennies en dépit de l'augmentation du nombre de nouveaux cas. Si le nombre de nouveaux cas a tendance à se tasser chez les hommes, ce n'est pas le cas chez les femmes. De 1980 à 2012, les taux annuels d'évolution montrent une décroissance très importante de la mortalité, de l'ordre de -1,1 % chaque année, voire davantage entre 2005 et 2012. En revanche, l'incidence montre une augmentation régulière, en particulier chez les femmes.

Toutefois, des cancers ont vu à la fois leur mortalité et leur incidence augmenter entre 1980 et 2012. Chez les hommes, le mélanome de la peau et le cancer du système nerveux central montrent une telle évolution. Au contraire, le cancer de la prostate a connu une baisse de sa mortalité et une forte augmentation de son incidence. Quant au cancer du poumon, il connaît une phase de réduction de sa mortalité et de son incidence chez les hommes, tandis que ces dernières augmentent chez les femmes. Les cancers des VADS dus à l'alcoolisation chronique ont également vu leur incidence diminuer, de même que les cancers de l'ovaire ou de l'utérus.

De plus, l'incidence et la mortalité liée aux cancers connaissent une hausse logique avec le vieillissement. Ainsi, l'accroissement du nombre de nouveaux cas de cancer de 170 000 à 355 000 entre 1980 et 1992 suit mécaniquement l'augmentation de la population et son vieillissement. Il est aussi partiellement dû à des artefacts, notre système de santé, nos systèmes d'information, les diagnostics et l'imagerie ayant été améliorés, ainsi qu'à la hausse de certains facteurs de risque, comme la consommation de tabac chez les femmes, et de facteurs environnementaux encore à découvrir. De surcroît, comme toutes les autres maladies chroniques, les cancers témoignent d'inégalités et de disparités géographiques considérables en termes d'incidence et de mortalité, les départements du nord de la France étant moins bien lotis que ceux du sud.

Les données à retenir sont les suivantes. Premièrement, la mortalité de la plupart des cancers a diminué, sauf celle du cancer du poumon chez la femme, en forte hausse. Deuxièmement, l'accroissement du nombre de nouveaux cas de cancer est dû essentiellement à :

- des raisons démographiques ;
- une modification des comportements à l'égard du tabac, sa consommation se développant chez les femmes, alors que la consommation d'alcool est plutôt en diminution ;
- l'amélioration des procédures de diagnostic ;

- les risques environnementaux et anthropiques.

3) Les maladies cardiovasculaires (MCV)

Elles représentent le deuxième fardeau en termes de morbidité et de mortalité. Elles constituent ainsi la première cause de mortalité chez les femmes et la deuxième chez les hommes, leur poids allant croissant en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des facteurs de risque, dont la consommation de tabac et l'obésité. Cependant, elles présentent un potentiel important en matière de prévention, un grand nombre de leurs facteurs de risque étant accessibles au changement de comportement (consommation de tabac, hypertension, diabète). A l'inverse, plusieurs facteurs de prévention existent, notamment l'augmentation de l'activité physique.

La mortalité des MCV a diminué de manière très significative : entre 2000 et 2010, elle a baissé de 34 % chez les hommes et de 32 % chez les femmes, ainsi que parmi l'ensemble de la population âgée de moins de 65 ans. Quant à l'infarctus du myocarde, sa mortalité montre des évolutions comparables et des pourcentages de baisse similaires. En revanche, l'âge moyen de l'hospitalisation pour les infarctus du myocarde n'évolue que faiblement quel que soient l'âge et le sexe. En effet, la diminution de l'hospitalisation des personnes âgées de moins de 65 ans s'est amoindrie, de 10 % à 5 %, et tend même à s'arrêter, en particulier chez les femmes âgées de moins de 65 ans. Les indicateurs ne sont donc loin d'être tous positifs. Par exemple, l'incidence des cardiopathies ischémiques montre l'existence d'un gradient Nord-Sud. De même, l'incidence des pathologies cardiovasculaires est extrêmement importante sur l'île de La Réunion.

En outre, les MCV comprennent également les accidents vasculaires-cérébraux (AVC), dont la mortalité connaît une forte décroissance, de l'ordre de 20 % pour les hommes et les femmes, quel que soit leur âge. En revanche, si le nombre total d'hospitalisations décroît, celui des personnes âgées de moins de 65 ans augmente chez les hommes et particulièrement chez les femmes.

Enfin, des disparités régionales importantes existent, probablement dues à une répartition différenciée des facteurs de risque, ainsi que de différences en matière d'organisation des soins.

4) Le diabète

Il constitue le troisième pilier des maladies non transmissibles identifiées par l'OMS. Il en existe deux types :

- le type 1, concernant généralement les sujets jeunes en incapacité de sécréter de l'insuline ;
- le type 2, provoqué par une résistance à l'insuline ou par une carence de sécrétion d'insuline.

En 2012, le diabète a été la cause directe de 1,5 million de décès dans le monde, généralement à travers une MCV. Le diabète est également la principale cause de la cécité et de l'insuffisance rénale. Il est d'ailleurs souvent diagnostiqué par le biais des complications qu'il génère. La surmortalité des personnes diabétiques par rapport à la population générale atteint 50 %, quel que soient le sexe et l'âge.

De plus, entre 2000 et 2009, la prévalence du diabète a augmenté de manière considérable, d'un peu plus de 4 %. Cependant, si l'accroissement était très important entre 2006 et 2009, il s'est ensuite ralenti, passant d'environ 5 % en moyenne à 2,3 %. Le diabète augmente avec l'âge, quel que soit le sexe, même s'il est généralement plus difficilement diagnostiqué chez les personnes les plus âgées. La prévalence du diabète est toutefois plus importante chez les hommes que les femmes.

De même, des inégalités sociales sont observables en matière de prévalence du diabète. Par exemple, cette dernière est plus importante chez les personnes âgées de moins

de soixante ans et bénéficiant de la CMU-C que chez les autres. Néanmoins, les données rendant compte de la prévalence du diabète étant issues des bases médico-administratives, elles ne contiennent pas d'information quant à la catégorie socio-professionnelle (CSP) des personnes. Afin de pallier cette lacune, un indice composite de l'endroit de résidence est associé à chaque individu. Si l'indice est imparfait, il permet cependant de mettre en exergue une prévalence du diabète nettement supérieure chez l'écart-type le plus défavorisé, par rapport à l'écart-type le plus favorisé. De surcroît, un gradient Nord-Sud de la prévalence du diabète traité est remarquable. J'attire particulièrement votre attention sur la prévalence considérable du diabète dans les DOM, qui nécessiterait une approche spécifique.

Par ailleurs, l'un des problèmes essentiels des personnes diabétiques réside dans les complications générées par le diabète, notamment les AVC, l'insuffisance rénale, la cécité et l'amputation. Dans le cas des AVC, un gradient social de santé est également observable, en particulier entre les personnes bénéficiaires de la CMU-C et les autres.

La prévalence du diabète est donc en forte augmentation, particulièrement en raison du vieillissement de la population et de la hausse de l'obésité, malgré un ralentissement depuis 2009. Les hommes en souffrent plus souvent que les femmes, sauf dans les DOM, où les taux de prévalence sont d'ailleurs deux à trois fois supérieurs à ceux de la métropole. Les disparités socio-économiques en matière de prévalence du diabète sont habituellement accentuées chez les hommes, mais elles jouent un rôle accru chez les femmes dans le cas du facteur de risque que constitue l'obésité. Quoi qu'il en soit, un problème de sous-diagnostic se pose de façon générale, empêchant trop souvent un dépistage précoce du diabète et sa prise en charge.

5) *La Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)*

Elle est très difficile à estimer car, dans le cadre des enquêtes en population générale, elle n'est appréciée qu'à travers une symptomatologie de toux chronique auto-déclarée. Par conséquent, 75 % de la prévalence pourraient être ignorés. Cependant, le seul moyen de l'apprécier correctement consisterait en la réalisation d'une spirométrie, à savoir l'association d'une enquête en population générale et d'examens ventilatoires permettant de mesurer la fonction respiratoire. Si la démarche est complexe, elle est réalisable, puisqu'elle a déjà été effectuée et l'est à nouveau dans le cadre de l'enquête Esteban en cours : la fonction respiratoire de 3 000 personnes est évaluée, permettant de mesurer véritablement la prévalence de la BPCO.

La prévalence de la BPCO n'est donc actuellement pas appréciée de façon fiable, sa mortalité ne l'étant pas davantage. En effet, la BPCO est difficilement codée en cause principale de décès. Alors que les mentions de la BPCO dans un certificat de décès, en cause principale ou en cause associée, montrent une très légère diminution de sa mortalité, de l'ordre de 1 % depuis l'année 2000, le nombre des hospitalisations en raison d'une exacerbation de la BPCO a fortement augmenté, ainsi que le nombre de personnes en oxygénothérapie de longue durée, chez les hommes comme chez les femmes. De même, la morbidité de la BPCO est en hausse, de façon particulièrement notable chez les femmes, notamment en raison de l'accroissement de la consommation de tabac.

Enfin, des disparités régionales existent aussi en matière de mortalité de la BPCO et en termes d'hospitalisation, un grand gradient Nord-Sud étant encore visible. L'existence récurrente de ce dernier dans le domaine des maladies chroniques est due au caractère commun de leurs facteurs de risque. Mortalité en très légère baisse, particulièrement notable chez les femmes.

6) *Conclusions*

La prévalence des maladies chroniques augmente considérablement, à la fois mécaniquement avec l'augmentation de la population et son vieillissement et en raison de l'exacerbation des facteurs de risque que sont la consommation de tabac et l'obésité, et des

facteurs environnementaux. Parmi ces derniers, les perturbateurs endocriniens commencent à être évoqués.

De surcroît, l'augmentation de la morbidité chez les personnes âgées de moins de 65 ans, particulièrement chez les femmes, me semble particulièrement inquiétante. De fortes inégalités sociales et territoriales de santé persistent également et doivent absolument être prises en compte.

Liens entre santé bucco-dentaire et diabète

Dr Charles MICHEAU

Attaché de consultation, hôpital Rothschild

Il est plaisant de constater le décloisonnement progressif des chirurgiens-dentistes d'avec les autres spécialités médicales. En effet, les échanges transversaux entre les différentes disciplines médicales sont essentiels, leurs activités étant intrinsèquement liées. De surcroît, notre activité a considérablement évolué depuis dix ans et continuera à changer.

1) *Les Maladies Parodontales (MP)*

Elles atteignent non la dent, mais les éléments l'environnant, en particulier la gencive et l'os. Une étude épidémiologique française montre que les formes sévères des MP affectent 20 % de la population, soit un volume considérable de patients.

Les parodontites sont provoquées par la présence d'une plaque bactérienne et de son développement autour de la dent. Les bactéries se multiplient progressivement et gagnent en agressivité et en pathogénicité, générant une réaction inflammatoire au niveau gingival, passant ensuite au niveau des tissus profonds et provoquant une forme sévère de parodontite. Une perte d'attache survient alors, la jonction entre la partie gingivale et la dent se rompant. Dans la poche ainsi créée, la multiplication des bactéries et l'exacerbation de leur agressivité peuvent mener à une destruction osseuse. En l'absence de traitement, les dents peuvent conséquemment être expulsées. Or, les impacts des MP sont très invalidants et les traitements à mettre en place sont complexes de surcroît si la pathologie n'est pas traitée assez tôt.

Les MP, maladies inflammatoires, ont plusieurs facteurs de risque, dont principalement la consommation de tabac et le diabète, qui aggravent à la fois leur sévérité et leur prévalence. De même, les bactéries peuvent se montrer plus ou moins pathogènes. L'ostéoporose et l'obésité représentent également des facteurs de risque. Parmi les facteurs sur lesquels le praticien ne peut véritablement agir, se trouvent l'âge, le sexe et les facteurs socio-économiques. Le contexte pathologique chronique des MP est donc similaire à celui des autres maladies chroniques.

L'obésité est par exemple un risque partagé des MP et des maladies chroniques. La perte d'attache est ainsi plus fréquente et importante chez les patients obèses. De même, il existe des phénotypes hyper-inflammatoires, tous les patients ne présentant pas le même risque de développement des maladies infectieuses et inflammatoires. La résistance à l'insuline relève par exemple d'un phénotype spécifique. Lorsque l'Indice de Masse Corporelle (IMC) est supérieur à trente, le risque de développer une MP s'en trouve accru. Par conséquent, il est du devoir des praticiens de partager les informations quant aux maladies chroniques dont peut souffrir un patient, afin de permettre une prise en charge globale et la plus complète possible du patient.

2) *Les conséquences du diabète sur les MP*

Nous savons depuis longtemps que le diabète a une incidence sur les MP. Il renforce la susceptibilité infectieuse du patient et aggrave la sévérité des MP. Une première étude avait

par exemple été réalisée chez des patients à l'abri de tous soins, qui montraient des cas de perte d'attache beaucoup plus sévères. C'est pourquoi, les MP sont désormais considérées comme la sixième complication du diabète. En revanche, d'autres pathologies comme la carie ne montrent pas une prévalence accrue chez les patients diabétiques. Pour autant, le nombre de dents manquantes est plus important chez les patients diabétiques, l'incidence des MP chez ces derniers étant plus conséquente.

Par conséquent, en tant que chirurgiens-dentistes et au titre de notre rôle en matière de dépistage, nous devons nous montrer particulièrement attentifs aux signes d'alerte. En effet, un nombre considérable de patients diabétiques ne sont pas diagnostiqués comme tels.

Les diabètes consistant en un problème de récupération du glucose, ils peuvent favoriser une pathologie inflammatoire à travers la production de cytokines pro-inflammatoires. La composante inflammatoire accélère la destruction parodontale. Ainsi, alors que nous nous concentrons auparavant sur les microbes s'attaquant à la gencive, nous nous sommes aperçus que la réaction inflammatoire était à l'origine de la destruction tissulaire, de la gencive puis de l'os. Lorsque le diabète est mal équilibré, le dosage de l'hémoglobine glyquée constituant le marqueur d'équilibre dépassant 7 ou 8 %, l'inflammation gingivale s'en trouve accrue, de même que le risque de parodontite.

Par conséquent, le risque de parodontite est beaucoup plus élevé chez les enfants atteints d'un diabète de type 1, de même que chez les patients adultes souffrant d'un diabète de type 2, le risque de destruction tissulaire étant majoré d'un facteur trois. L'évolutivité des MP est donc également affectée à la hausse par le diabète. Le diabète de type 1 n'étant pas toujours diagnostiqué, les chirurgiens-dentistes doivent toujours avoir le réflexe d'utiliser leur sonde parodontale et de vérifier l'intégrité du système d'attache des dents, y compris chez les patients très jeunes.

A l'inverse, la composante inflammatoire des MP participe aussi au déséquilibre insulinaire des diabètes. C'est pourquoi, l'efficacité des traitements que nous dispensons aux patients diabétiques est essentielle. Les maladies parodontales ont de surcroît des effets sur les MCV et les maladies respiratoires, favorisent les naissances prématurées et les phénomènes poly-arthritiques.

3) *Le rôle du chirurgien-dentiste*

Le champ d'action des chirurgiens-dentistes se doit d'être le plus global possible, afin d'assurer la performance des traitements et de les légitimer. En effet, l'absence de prise en charge par l'Assurance maladie de nos actes en matière de parodontologie constitue un véritable cauchemar en termes de santé publique. La carie reste d'ailleurs la première cause de perte de dent. L'impact des MP sur la santé générale est à la fois parfaitement documenté et considérable.

Par ailleurs, comprendre l'imbrication des différentes physiopathogénies, entretenant une relation bidirectionnelle, est essentiel. Le biofilm, à savoir la plaque dentaire se déposant à la surface de la dent, génère la réaction inflammatoire dérégulant les fonctions immunitaires. Le déséquilibre insulinaire, l'obésité et la consommation de tabac ajoutés à l'inflammation contribuent à la chronicité des MP.

En tant que praticiens de la bouche, nous devons tenir compte de ces données dans nos pratiques quotidiennes. A l'université par exemple, la tabacologie doit être intégrée aux cas d'étude : un patient fumeur atteint d'une parodontite ne peut être correctement traité si le problème de la consommation de tabac ne l'est pas également. Désormais, des programmes en parodontologie incluent des cours de diététique visant à traiter l'obésité, les chirurgiens-dentistes ayant également un rôle à jouer en la matière.

Une fois le traitement parodontal mis en place, nous parvenons à faire diminuer la CRP, marqueur de l'inflammation, de même que l'HbA1c. Toutes les études d'interception évaluant l'état endocrinien du patient avant et après traitements parodontaux en témoignent. Lorsque le traitement n'est pas chirurgical et qu'il prend par exemple la forme d'un détartrage

en profondeur, réalisé sous anesthésie, la diminution de l'HbA1c montre une baisse à hauteur de 0,46 à 0,66 % en fonction des études. Quant au traitement complémentaire chirurgical devant être apporté en présence de lésions très avancées et très profondes, il occasionne une diminution supplémentaire de l'HbA1c de l'ordre de 0,25 %.

La MP n'étant pas toujours facile à dépister, le chirurgien-dentiste doit porter un regard performant sur le patient. Pour ce faire, il doit d'abord questionner l'ensemble des facteurs de risque du patient, notamment ses habitudes de vie, une éventuelle consommation de tabac, la présence connue d'un diabète préalable ou de problèmes cardiovasculaires. Il doit ensuite procéder systématiquement à un sondage entre la gencive et la dent, afin de vérifier l'intégrité du système d'attache dento-gingival, y compris chez les patients connus.

En effet, des pathologies peuvent survenir chez les patients que nous avons l'habitude de suivre. Nous devons toujours être capables de les surveiller. Le patient peut sembler aller bien, mais la sonde parodontale peut aller jusqu'à onze millimètres, soit quasiment jusqu'à l'extrémité de la dent, et permet donc un diagnostic plus fiable. La vigilance permanente est fondamentale.

4) *L'éducation thérapeutique du patient (ETP)*

Il est essentiel que le patient apprenne à prendre en charge son éventuelle maladie chronique, de manière à la fois à garantir l'efficacité du traitement de sa parodontite et à soigner les conséquences de sa MP. Or, une telle éducation prend du temps. Le traitement de la MP consiste d'abord à vérifier le marqueur HbA1c, qui doit être proportionnel à la performance du traitement parodontal, puis de vérifier les facteurs de risque.

Dans le cas d'une pathologie liée au biofilm bactérien, l'ETP consiste à lui apprendre à se brosser les dents convenablement et à utiliser les brosses inter-dentaires et les antiseptiques de complément, comme le dentifrice et le bain de bouche. En effet, le temps de brossage moyen s'élève à 37 secondes. En France, le rôle d'apprentissage des manœuvres d'hygiène nous est imparti. Par conséquent, nous devons savoir prendre le temps nécessaire pour garantir la performance du traitement et ses résultats.

De même, l'ETP ne concerne pas que les dents, mais aussi les muqueuses, les bactéries parodontopathogènes générant les parodontites étant notamment présentes sur la langue et les amygdales. Les antiseptiques, *via* le bain de bouche, permettent de compléter la décontamination. C'est pourquoi, nous devons expliquer comment utiliser un bain de bouche : nous devons préciser qu'il doit être utilisé pur et gardé dans la bouche au moins trente secondes. De surcroît, quand nous prescrivons un antibiotique, nous devons expliquer au patient pourquoi il doit le prendre pendant six jours et non deux.

Par exemple, un patient souffrant d'un cas sévère de parodontite s'accompagnant d'une destruction de l'os très sévère, à hauteur de 80 %, avait consulté un chirurgien-dentiste qui souhaitait retirer toutes ses dents et les remplacer par des implants. Toutefois, un tel traitement n'était pas le plus recommandable d'un point de vue déontologique. Le patient était âgé de 43 ans, ne fumait pas, mais était diabétique de type 2 et avait une HbA1c à 9 %. Une fois la parodontite sévère diagnostiquée, nous avons mis en place une thérapeutique non chirurgicale en une seule séance et prescrit un antibiotique par voie générale. L'état du patient s'est stabilisé et l'HbA1C a été diminuée pour atteindre 6,5 %.

Dans le cadre de la prise en charge du patient diabétique, s'il n'est pas équilibré, des précautions doivent être prises en termes de traitement nos actes pouvant générer une bactériémie. En revanche, un patient diabétique équilibré peut être traité comme un patient normal. Certains patients doivent ainsi être particulièrement surveillés. En cas de cicatrisation lente par exemple, nous nous devons de demander un contrôle de la glycémie du patient. De même, il est préférable de traiter les patients diabétiques le matin, de vérifier leur alimentation et de toujours disposer de sucres rapides en cas de besoin.

Enfin, les signes suivants doivent alerter le chirurgien-dentiste : une récurrence d'abcès, une cicatrisation très lente malgré des thérapeutiques réalisées correctement, polyurie, polyphagie, polydipsie, etc.

5) Conclusion

Le diagnostic d'une parodontite doit permettre le dépistage des pathologies non diagnostiquées. Nous devons coordonner nos traitements avec les praticiens en charge par ailleurs, le diabétologue ou le cardiologue par exemple, afin de potentialiser notre action. Notre action quotidienne à destination des 20 % de la population présentant des parodontites sévères est être importante.

Enfin, l'ensemble des informations et données présentées sont compilées dans un ouvrage de référence en français, *Parodontologie. Dentisterie implantaire*.

Liens entre maladies cardiovasculaires et santé bucco-dentaire

Dr Hélène RANGE

Maître de conférences-praticien hospitalier, Université Paris 7, hôpital Rothschild (APHP)

La santé bucco-dentaire ne comprend pas que les MP. Cependant, la littérature portant sur les liens entre la santé générale et la santé bucco-dentaire présentent des hypothèses de mécanismes biologiques particulièrement forts entre les MP et la santé générale, davantage qu'entre la maladie carieuse et la santé générale.

1) Reconnaître les patients souffrant de MCV et les MP

Les MCV font partie des maladies non transmissibles selon l'OMS, appelées aussi communément les maladies chroniques. A l'instar des cancers, des diabètes et des maladies respiratoires, elles sont très prévalentes. Elles constituent d'ailleurs encore la première cause de mortalité dans le monde. Le nombre de décès qu'elles occasionnent est donc considérable, qu'il s'agisse des maladies cérébro-vasculaires ou des maladies coronariennes.

Lorsque nous évoquons le lien entre les MCV et les MP, il convient de nous focaliser sur les MCV ayant pour origine la maladie athéromateuse ou l'athérosclérose et mettre de côté les MCV ayant des causes congénitales ou génétiques. D'un point de vue physiopathologique, l'athérosclérose correspond à des remaniements de l'intima, la paroi tapissant l'intérieur des vaisseaux, des artères de gros et moyen calibre, notamment les carotides, l'aorte, les coronaires et les artères fémorales. Elle est caractérisée par une accumulation de dépôts lipidiques, de débris sanguins, de calcification et de tissus fibreux qui, associée à des remaniements de la tunique intermédiaire des vaisseaux, aboutit à une rigidification et à un épaississement des vaisseaux. Or, l'athérosclérose est à l'origine de nombreuses MCV.

L'intima tapissant l'intérieur du vaisseau est constituée d'une couche de cellules endothéliales très fines, siège de l'athérosclérose. Quant à la media, la couche intermédiaire, elle est surtout formée de cellules musculaires lisses donnant aux vaisseaux leur élasticité.

En outre, l'évolution histopathologique de la plaque d'athérome montre le développement d'un vaisseau normal chez l'enfant au début de sa vie. Rapidement, nous devenons tous porteurs de lésions pré-athéromateuses non pathologiques, mais qui témoignent du vieillissement des artères. Des stries lipidiques et des dépôts graisseux peuvent ainsi être détectés au sein des vaisseaux, sans pour autant être sténosants. Toutefois, les stries lipidiques et les dépôts graisseux peuvent se complexifier et devenir des dépôts fibreux.

De même, les facteurs de risque aggravent la situation en favorisant la formation d'une plaque d'athérome. Les plaques d'athérome peuvent ensuite par exemple devenir le siège d'une hémorragie intra-plaque au niveau des carotides. Dans le cas de l'aorte abdominale, une pathologie peut se déclarer, non en bouchant la lumière du vaisseau, mais en provoquant une digestion de la paroi du vaisseau pouvant mener à la complication clinique de la rupture aortique.

Par ailleurs, les deux grandes MCV sont les suivantes :

- l'infarctus du myocarde, ou l'angine de poitrine pouvant le précéder, sont des maladies coronariennes ou coronaropathie ;
- les maladies cérébro-vasculaires, comprenant l'AVC et les accidents ischémiques transitoires.

Trop souvent, les malades atteints d'une pathologie cardiovasculaire sont diagnostiqués comme tels lorsqu'ils déclarent une complication clinique. Nous manquons encore beaucoup d'informations en amont, alors que les MCV représentent une charge considérable en termes de morbidité et de mortalité, bien qu'en diminution. Par conséquent, les médecins aimeraient disposer de scores de risques plus fins, afin de mieux dépister les patients à risque cardiovasculaire.

Actuellement, nous classons parmi ces derniers les personnes ayant déjà un antécédent de MCV, témoignant du caractère tardif du diagnostic, ainsi que celles souffrant d'un diabète de type 2 et celles présentant un risque individuel très élevé en raison d'une combinaison de marqueurs biologiques (présence de cholestérol, CHP élevée, etc.). Toutefois, les marqueurs biologiques sont encore insuffisamment précis. Par conséquent, le diagnostic repose encore beaucoup sur l'imagerie. Le dépistage des complications cliniques d'une sténose des carotides peut par exemple être effectué *via* des échographies Doppler. De plus, la recherche montre quelques avancées en matière de dépistage mais encore insuffisantes.

Enfin, trois types de traitement peuvent être prescrits aux patients à risque cardiovasculaire :

- une approche gène-diététique, les facteurs de risque comportementaux modifiables ayant un poids considérable dans les MCV ;
- un volet médicamenteux, incluant des médicaments très en vogue, comme les statines hypolipémiantes et très prescrites ;
- la chirurgie, consistant soit en l'écrasement de la plaque d'athérome *via* la pose de stent, impliquant la prise de nombreux médicaments visant à éviter les complications secondaires, soit en le retrait de la plaque d'athérome pour maintenir le flux sanguin.

2) Comprendre les mécanismes biologiques de l'association MCV et MP

Les MCV ont des facteurs de risque bien connus : la consommation de tabac ou d'alcool, la sédentarité et une nutrition défavorable. De même, les facteurs de risque comportementaux et modifiables ont des répercussions clairement identifiées sur le métabolisme : l'hypertension artérielle, facteur de risque majeur des MCV, l'hyperglycémie, le surpoids, l'obésité et l'hypercholestérolémie. Or, ils sont également des facteurs de risque des MP, tandis que les MP sont des facteurs de risque des MCV.

Les MP sont chroniques, non transmissibles et inflammatoires, leur composante inflammatoire étant due à une origine bactérienne. Il ne s'agit pas d'une mono-infection, d'une unique bactérie qui serait responsable d'une MP précise, mais d'une flore polymicrobienne et d'une évolution du commensal vers le pathogène. Cependant, un ensemble spécifique de bactéries a été identifié comme étant à l'origine des MP, dont le *Porphyromonas gingivalis*, bactérie majeure des parodontites chroniques et agressives, et

le *Tannerella forsythia* et le *Treponema denticola*, qui lui sont associés. Pour autant, il est possible de bénéficier d'une bonne santé parodontale en présence de ces trois bactéries.

Les bactéries entrent en compétition avec l'immunité du patient et avec ses modalités de réaction à leur présence. Un patient contrôlant mal sa plaque dentaire en raison d'une accumulation conséquente, par exemple, sollicite excessivement ses gencives. Au contraire, un autre patient peut contrôler sa plaque dentaire de façon satisfaisante en l'absence d'une flore parodontale non agressive. L'accumulation de plaque dentaire associée à des facteurs de risque, comme la consommation de tabac, une maladie auto-immune ou des états physiologiques comme la grossesse ou la vieillesse, peut empêcher le patient de faire face au défi posé par les bactéries. Cliniquement, un patient peut être atteint d'une gingivite, stade réversible de la MP, ou une parodontite. Cette dernière provoque la formation de poches parodontales et parfois la perte des dents.

Le lien entre les MP et les MCV a d'abord été établi *via* les facteurs de risque, les deux types de maladie partageant un terrain commun. Toutefois, nous pouvons désormais approfondir ce lien, en particulier depuis la publication il y a 25 ans de la première étude portant sur l'infarctus du myocarde et un facteur composite de mauvaise santé bucco-dentaire. Nous disposons ainsi de données épidémiologiques claires sur le lien existant entre les MCV et les MP, qui est constant et indépendant des facteurs de risque. Les patients fumeurs ou diabétiques ne sont donc pas les seuls concernés, les MCV et les MP s'exacerbant mutuellement, en particulier chez les patients jeunes, âgés de moins de 65 ans, et davantage dans le cas des maladies cérébro-vasculaires que dans celui des maladies coronariennes.

Sur le plan biologique, les hypothèses mécanistiques sont les suivantes. Premièrement, nous avons envisagé une hypothèse inflammatoire, avérée puisque les MP infectieuses sont à l'origine d'une élévation systémique des médiateurs de l'inflammation. L'hypothèse inflammatoire explique notamment le lien entre les MP et l'obésité ou le diabète.

Deuxièmement, de nombreuses données étayaient une hypothèse bactérienne et infectieuse. En effet, l'athérosclérose, maladie inflammatoire, peut avoir une cause infectieuse. Or, les MP véhiculent des bactéries au sein des tissus gingivaux, dans les poches parodontales. Quotidiennement, les bactéries parodontales sont diffusées *via* la circulation sanguine, pendant le masticage, le brossage des dents ou une consultation chez le chirurgien-dentiste. La présence continue et durable de bactéries contribue à l'évolution lente de la MP, un patient pouvant être infecté pendant des mois, voire des années, sans être pris en charge de façon adaptée. Or, en circulant, les bactéries se greffent sur une lésion d'athérosclérose préexistante et la compliquent. En revanche, nous ne disposons pas de données prouvant qu'une bactérie pourrait être à l'origine d'une lésion d'athérosclérose.

En outre, nous avons retrouvé de l'ADN de bactérie parodontale au niveau des plaques d'athérome, dans les coroners ou les carotides. Il est également possible de détecter la présence des bactéries en vérifiant l'existence d'anticorps chez le patient, ce qui signifierait que la maladie s'est développée et diffusée. Les anticorps anti-bactéries parodontales peuvent ainsi être retrouvés chez les patients souffrant d'une complication d'une maladie coronarienne, dans une mesure d'autant plus grande que le patient est diabétique.

De surcroît, nous disposons de preuves animales. Lorsque nous injectons du *Porphyromonas gingivalis* à un rat développant une athérosclérose de l'aorte abdominale, nous constatons une augmentation notable du volume de la lésion et de l'activité immunitaire, non observable chez un rat auquel la bactérie n'a pas été injectée.

Par conséquent, l'hypothèse des MP s'intègre dans le schéma général de la pathogénèse des MCV de la même manière que les autres facteurs de risque, que sont par exemple les hyperlipidémies et l'hypertension. Les bactéries parodontales dérèglent la fonction endothéliale, augmentent la lésion des monocytes dans les vaisseaux et perturbent et aggravent le processus athéromateux.

3) *Savoir comment et pourquoi traiter les MP chez les patients à risque cardiovasculaire*

La principale raison pour laquelle il convient de traiter les MP chez les patients à risque cardiovasculaire est que nous savons très bien le faire. A la différence des autres risques majeurs des MCV, nous pouvons agir sur les MP à l'aide de traitements validés, efficaces et sûrs, leurs effets secondaires étant quasiment inexistantes. Par conséquent, le service rendu au patient en la matière est considérable. Au contraire, les facteurs de risque tels que la consommation de tabac ou d'alcool sont parfois plus délicats à combattre.

Le traitement d'une MP comprend quatre étapes. Premièrement, il convient d'éliminer l'infection et la composante bactérienne, afin de réduire l'inflammation clinique. Le retrait du tartre et de la plaque dentaire permet de retrouver des tissus parodontaux et des gencives plus saines.

Deuxièmement, le patient doit être éduqué à l'hygiène orale, afin de pouvoir éliminer lui-même sa plaque bactérienne. Une boucle vertueuse sera ainsi créée. Dans des cas très particuliers, il est possible de prescrire au patient une antibiothérapie. De même, les lésions sérieuses dues à la MP du patient doivent être traitées.

Troisièmement, dans les cas plus complexes de MP, des traitements plus avancés de chirurgie peuvent être mis en œuvre.

Quatrièmement, il est nécessaire d'évaluer l'état bucco-dentaire du patient, le suivi étant essentiel dans le cas d'une maladie chronique. Laisser le temps au patient de cicatrifier est également important. Le suivi parodontal sera pour sa part exercé *via* des séances régulières de maintenance. Cependant, un tel suivi est difficile à effectuer au sein des cabinets des chirurgiens-dentistes, par manque de temps et de prise en charge.

Quoi qu'il en soit, le traitement efficace des MP implique de suivre scrupuleusement les quatre étapes. A cette condition, il pourra être considéré comme participant à la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires, le traitement des parodontites chez les patients atteints de MCV ou à risque de MCV fonctionnant aussi bien que chez tous les autres patients.

De même, le traitement des MP permet d'influer sur les marqueurs biologiques, de nombreux marqueurs de l'inflammation diminuant grâce au traitement. Néanmoins, aucune étude ne met en exergue un éventuel lien entre le traitement parodontal et la baisse du nombre d'événements cardiovasculaires. En effet, une telle étude devrait prendre en compte de multiples paramètres et impliquerait de suivre un nombre significatif de patients pendant de nombreuses années.

De plus, aucune donnée ne prouve que le traitement des MP contribue à diminuer la récurrence ou le degré des événements cardiovasculaires, ni son impact en prévention secondaire. Le dernier état des lieux réalisé par la Cochrane n'a ainsi trouvé qu'une étude sur la question, basée sur un public randomisé. Toutefois, la communauté scientifique est alertée sur le sujet.

Enfin, le traitement des MP constitue un bénéfice bucco-dentaire, un bénéfice cardiovasculaire, que nous essaierons de mieux documenter à l'avenir, mais que nous pressentons, ainsi qu'un bénéfice pour la qualité de vie des patients, un Français sur deux souffrant potentiellement d'une MP.

Débat

Un intervenant

Quelle est l'influence du stress sur la production de cytokines inflammatoires

Docteur Hélène RANGE

Une littérature existe sur le sujet, le stress et les facteurs psychologiques faisant partie des indicateurs de risque des MP. Cependant, les niveaux de preuve sont moins forts que ceux concernant le rôle de la consommation de tabac ou du diabète sur les MP. C'est pourquoi, il convient de distinguer les facteurs de risque, que sont le tabac et le diabète, et les indicateurs de risque, parmi lesquels se trouvent le stress, l'obésité et les facteurs socio-économiques.

Dr Charles MICHEAU

Il est connu que le stress génère une immunodépression. Or, dès lors que la réponse immunitaire est moins performante, la partie bactérienne infectieuse se développe plus vite. Suite à des événements tels qu'un divorce, un déménagement ou des difficultés financières, la mesure du cortisol témoigne de variations expliquant l'immunodépression.

Un intervenant

En tant que praticien hospitalier en Martinique, je confirme les prévalences des maladies, en lien avec le niveau de vie des populations. Si les cardiologues et les diabétologues invitent leurs patients à consulter un chirurgien-dentiste, le grand public et les médecins généralistes ne sont pour leur part pas encore suffisamment informés. C'est pourquoi, il appartient aux praticiens hospitaliers d'en prendre conscience et de diffuser l'information.

Dr Christophe LEQUART

Pouvez-vous confirmer que la santé parodontale n'est pas un facteur de risque du diabète et des MCV, mais seulement un facteur d'aggravation ? Si elle est un facteur d'aggravation notable, pouvons-nous espérer voir apparaître un indicateur de santé parodontale en lien avec les maladies chroniques ?

Dr Charles MICHEAU

La notion d'indicateur est complexe, le critère principal de mesure étant la perte d'attache. Or, cette dernière est difficile à évaluer et les études épidémiologiques complexes à mettre en œuvre. Par conséquent, le bien-être parodontal est difficilement évaluable. Toutefois, nous sommes parvenus à mener une première étude française sur le sujet. Seuls 5 % de la population sont indemnes de toute pathologie parodontale. Les conséquences des MP en termes de santé publique sont donc considérables, mais sont insuffisamment prises en compte.

Mme Isabelle GREMY

Nous rencontrons des difficultés pour inclure des données individuelles dans nos systèmes de surveillance, en particulier cardiovasculaire, à l'exception du diabète. En effet, nous avons réalisé l'enquête ENTRED, que nous espérons pouvoir mener à nouveau.

Il nous est également difficile d'obtenir des variables individuelles dans les systèmes de surveillance épidémiologique. C'est pourquoi, nous nous basons essentiellement sur les bases médico-administratives. Ces dernières ne nous procurent cependant que peu de renseignements quant aux facteurs de confusion pouvant intervenir, en particulier l'obésité et le tabagisme.

En outre, interroger une personne implique qu'elle connaisse son état de santé bucco-dentaire et qu'elle soit capable d'en rendre compte, ce qui n'est pas toujours le cas. De même, les personnes sont incapables de savoir si elles souffrent d'une BPCO. La BPCO peut être approchée à travers différents symptômes, notamment la toux chronique, mais nous savons que nous sous-estimons ainsi considérablement sa prévalence. Je suppose que le problème serait similaire dans le cas des MP. C'est pourquoi, la problématique de

l'auto-déclaration doit être envisagée si nous souhaitons prendre en compte un indicateur de santé bucco-dentaire dans les enquêtes en population générale.

Première table ronde

« Connaissances et comportements en termes de santé bucco-dentaire chez les personnes atteintes d'une maladie chronique »

Table ronde animée par Monsieur Alain OLYMPIE, Directeur AFA Vaincre les MICI

Ont participé à cette table ronde :

Mme Nolwenn REGNAULT, Chirurgien-Dentiste, Epidémiologiste InVS

M. Gérard RAYMOND, Secrétaire général, Fédération française des Diabétiques

Dr Jean-Louis BUSSIERE, Cardiologue

M. Alain OLYMPIE

Une heure avant de recevoir l'invitation de l'UFSBD à animer cette table ronde, je lisais une étude suédoise concernant la maladie de Crohn et la recto-colite hémorragique. 5 000 patients ont été suivis pendant un an, dont un groupe témoin de personnes non malades. L'étude révélait que les personnes atteintes de maladie de Crohn présentaient plusieurs sur-risques : de l'ordre de 65 % de porter une prothèse amovible, de 52 % concernant la restauration des dents de devant et de 46 % quant au recours aux soins endodontiques. Une prévalence supérieure de caries était également confirmée chez ces personnes.

En regardant l'état de la science en France, j'ai constaté un consensus mou chez les médecins pour ne pas agir et ne pas évoquer le sujet et cela malgré des thèses sur ce risque dès 1988 et 1991 puis confirmées en 2012 et en 2015. Aucun gastroentérologue n'était présent dans le jury de thèse d'où le manque d'audience dans la gastroentérologie.

J'ai réalisé un sondage au sein de l'Observatoire des MICI : parmi les 2 000 réponses obtenues, 99,5 % des malades de Crohn ou de recto-colite hémorragique ignoraient qu'ils présentaient un sur-risque bucco-dentaire. Pourtant, sur les forums, des problèmes de sécheresse buccale, de gencives sensibles et saignantes, d'inflammation des gencives et de caries sont évoqués.

Par ailleurs, la question du stress a été légitimement évoquée, de même que le risque infectieux. De nombreux patients sont de plus en plus traités à l'aide d'immunosuppresseurs ou d'immunorégulateurs. Enfin, je constate que la réglementation médico-sociale de l'Assurance Maladie présente d'importantes lacunes quant aux sur-risques liés aux maladies en ALD en général et au MICI en particulier.

Connaissances et pratiques chez les personnes diabétiques

Mme Nolwenn REGNAULT

Epidémiologiste InVS

1) Les pratiques

La HAS a formulé différentes recommandations concernant le parcours de soin et le suivi bucco-dentaire de l'adulte diabétique de type 2. Une visite annuelle doit ainsi être effectuée chez le chirurgien-dentiste, soit une recommandation similaire à celle faite à la population générale en dépit des sur-risques significatifs auxquels sont confrontées les personnes diabétiques. Dans les soins dentaires, j'inclus les consultations, les soins conservateurs et les prothèses.

Dans l'enquête sur la santé et la protection sociale réalisée en 2008, il a été démontré que 61,5 % des personnes diabétiques avaient eu recours à un soin dentaire au cours des 24 derniers mois, contre 74,4 % des personnes non diabétiques. Toutefois, la population des personnes diabétiques de type 2 est différente de la population générale : elle est plus âgée et a un niveau socio-économique plus faible. Une fois les chiffres corrigés de ces facteurs, le recours au soin dentaire se révèle similaire à celui de la population générale.

L'étude transversale ENTRED a été menée deux fois, en 2001 et en 2007, et nous espérons la renouveler en 2017. Elle incluait 10 000 personnes diabétiques traitées pharmacologiquement, résidant en France et bénéficiaires de l'un des trois grands régimes de Sécurité sociale. Les données utilisées étaient issues à la fois des bases de données médico-administratives, notamment concernant les consommations de soins, et des questionnaires adressés aux patients et aux médecins. Toutefois, aucune information spécifique ne provenait du chirurgien-dentiste.

L'étude de l'évolution du suivi des examens recommandés de 2001 à 2013, sur la base des enquêtes ENTRED et des données de l'Assurance Maladie, montre que la consultation dentaire et la consultation cardiologique sont les examens recommandés les moins suivis. En effet, 36,2 % des personnes diabétiques ont eu recours à au moins une consultation annuelle. Au contraire, les dosages de l'HbA1c montrent que le suivi des personnes diabétiques s'est amélioré, passant d'environ 30 % à plus de 50 %. En revanche, le recours à la consultation dentaire n'a quasiment pas progressé depuis 2001.

La principale barrière au recours au soin dentaire reste financière, le reste à charge, part des dépenses non couverte par l'Assurance Maladie ou une complémentaire et devant être supportée par la personne, demeurant importante. Cela est particulièrement vrai pour les prothèses. Or, plus de 50 % des personnes diabétiques déclaraient en 2007 rencontrer des difficultés financières. Le reste à charge variant en fonction des besoins de santé des personnes, les personnes diabétiques y sont particulièrement sensibles en raison de leur consommation médicale considérable.

De même, la couverture assurantielle des patients est déterminante, bien que la plupart des personnes diabétiques bénéficient de l'aide ALD Diabète. Elles peuvent aussi percevoir d'autres aides, la CMU-C par exemple. Néanmoins, le reste à charge est-il aussi important chez les personnes diabétiques que dans la population générale ? Une analyse réalisée dans le cadre de l'étude ENTRED 2007 rend compte de la proportion de chacun des différents postes de dépense en termes de reste à charge : alors que les médicaments correspondent à la plus grande partie du reste à charge, les dispositifs généraux sont placés en deuxième position et les frais dus aux soins réalisés par le chirurgien-dentiste.

Dr Christophe LEMAN (Président de l'UFSBD Picardie)

Seule la prothèse occasionne un reste à charge pour le patient. Au contraire, le soin dentaire est couvert à 100 % en France.

Mme Nolwenn REGNAULT

Nous savons évidemment que la prothèse pose le problème le plus prégnant. Toutefois, l'étude ENTRED révélait que 34,7 % des patients ont déjà renoncé aux soins dentaires, à savoir les consultations, les traitements et les soins conservateurs, dont le détartrage, tandis que 61 % des patients ont renoncé aux soins prothétiques pour des raisons financières. Ces données témoignent de l'existence d'une barrière financière contre le recours aux soins prothétiques, mais également de l'existence probable d'une barrière psychologique. En effet, si le problème du reste à charge ne concerne pas les soins dentaires ou conservateurs, un tiers des patients ne consultent pas le chirurgien-dentiste par peur de devoir s'engager ensuite dans des soins prothétiques. Un problème de pédagogie se pose donc de surcroît. C'est pourquoi, le chirurgien-dentiste se doit d'expliquer aux patients que la réalisation correcte et au bon moment des soins conservateurs retarde le besoin de prothèse.

La population diabétique et les malades chroniques se caractérisent aussi par le fait qu'ils bénéficient souvent de l'ALD. L'étude ENTRED montre notamment que 80 % des personnes diabétiques reçoivent l'ALD. Toutefois, pour différentes raisons, certains patients choisissent de ne pas en profiter. L'ALD couvre l'intégralité des soins réalisés au titre du diabète. Par conséquent, une partie des patients en bénéficiant ne recourent pas à une complémentaire santé dont ils n'ont pas besoin pour la majorité de leurs soins. Cependant, l'absence de complémentaire santé pose problème lorsque le recours à des prothèses dentaires est nécessaire.

En outre, certaines personnes diabétiques de type 2 souffrent aussi de problèmes sociaux, de précarité, d'isolement social, de problèmes sanitaires et de polyopathie (handicap, problème d'accessibilité, etc.). Les obstacles au recours aux soins dentaires ne sont donc pas seulement financiers, d'autant plus que les soins dentaires ne sont pas toujours considérés comme prioritaires. Les différences de recours aux soins concernent d'ailleurs aussi les patients diabétiques non contraints par des barrières financières et sont largement évoquées dans la littérature.

Par ailleurs, l'étude ENTRED a montré que le suivi dentaire est plus souvent réalisé chez les femmes et chez les personnes ayant un niveau d'étude élevé. Le concept de littératie en santé rend compte de ce phénomène, à savoir que des personnes ont une capacité plus importante à trouver, comprendre et utiliser des informations de santé de base, comme les options et traitements s'offrant à elles. Les personnes concernées comprennent le parcours de soin et peuvent prendre des décisions éclairées quant à leur propre santé.

C'est pourquoi, il est essentiel que le patient soit correctement informé des liens bidirectionnels existant entre le diabète et la santé bucco-dentaire et qu'il comprenne les enjeux posés par ces liens. Une information insuffisante et une mauvaise compréhension peuvent expliquer partiellement le manque de recours au chirurgien-dentiste et l'absence de mise en œuvre de comportements bucco-dentaires adéquats.

2) Les connaissances

L'étude publiée dans le numéro spécial diabète du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)* du mois de novembre 2014, à l'occasion de la Journée mondiale du diabète le 14 novembre, présentait les données les plus à jour sur le sujet.

Dans le cadre de l'étude ENTRED, près de 4 000 personnes diabétiques de type 2 ont rempli un questionnaire portant sur leurs caractéristiques sociodémographiques, le recours et le renoncement aux soins. Parmi les questions, deux étaient formulées de la façon suivante : « Êtes-vous informé des liens qui existent entre votre diabète et l'état de vos dents et de vos gencives ? Votre dentiste est-il au courant de votre diabète ? » Il était intéressant d'évaluer la proportion des personnes ayant connaissance des liens entre santé bucco-dentaire et diabète, les facteurs explicatifs et d'apprécier la relation entre la connaissance, l'information du chirurgien-dentiste et le recours au soin dentaire.

Des études réalisées dans différents pays ont pour leur part montré des taux assez faibles de connaissance, de l'ordre de 17 à 42 % des personnes diabétiques. Dans le cas de l'étude ENTRED 2007, 32,6 % des personnes diabétiques ont déclaré connaître les liens entre diabète et santé bucco-dentaire. De manière générale, la littérature témoigne du fait que les implications bucco-dentaires du diabète apparaissent comme les complications les moins bien connues du diabète.

En outre, nous avons étudié les facteurs associés à la connaissance des patients diabétiques du lien entre diabète et santé bucco-dentaire. S'il n'existe aucune différence en la matière en fonction de l'âge, les hommes déclarent avoir une moins bonne connaissance que les femmes. De même, le niveau d'éducation joue. Les personnes bénéficiant de l'ALD ont également une meilleure connaissance des liens existant entre diabète et santé bucco-dentaire, ainsi que les personnes souffrant de diabète depuis longtemps et les personnes traitées par insuline. Les patients consultant fréquemment leur médecin généraliste et leur endocrinologue sont aussi mieux informés.

Concernant l'information du chirurgien-dentiste, une étude suédoise montre que seules 48 % des personnes ont parlé de leur diabète à leur chirurgien-dentiste. En revanche, j'ai été surprise de constater que, dans le cadre de l'étude ENTRED, 60,1 % des patients ont déclaré que leur chirurgien-dentiste était informé de leur diabète, dont 88 % des personnes ayant connaissance des liens existant entre diabète et santé bucco-dentaire, contre 46 % des personnes ne les connaissant pas.

Parmi les personnes n'ayant pas informé leur chirurgien-dentiste, 40 % d'entre elles expliquaient qu'elles avaient oublié de lui en parler, tandis que 40 % pensaient de manière plus préoccupante que le chirurgien-dentiste n'était pas concerné par cette information. Quoi qu'il en soit, il est rassurant de remarquer que peu de patients affirment que le chirurgien-dentiste ne les a pas interrogés sur le sujet. En outre, des patients n'ont pas informé leur chirurgien-dentiste de leur diabète en raison du caractère récent du diagnostic de diabète ou parce qu'ils portent une prothèse et n'ont pas de dents.

Les facteurs associés au fait que la personne déclare que son chirurgien-dentiste est informé de son diabète ne relèvent pas de l'âge ni du niveau d'étude des patients, mais encore du sexe, les hommes informant moins souvent leur chirurgien-dentiste que les femmes, du bénéfice de l'ALD qui favorise l'information, de l'ancienneté du diabète et du traitement par insuline induisant un meilleur suivi du patient.

Cependant, une meilleure information du chirurgien-dentiste est observable de la part des patients appartenant aux professions intermédiaires par rapport aux patients ouvriers, confirmant l'idée de littératie en santé. De plus, les personnes estimant ne pas avoir besoin de soutien social informaient moins leur chirurgien-dentiste que les personnes se déclarant satisfaites du soutien social qu'elles recevaient. Des facteurs individuels jouent donc un rôle significatif.

Par ailleurs, les personnes ayant connaissance des liens existant entre diabète et santé bucco-dentaire consultaient plus fréquemment leur chirurgien-dentiste que les autres. De même, l'information du chirurgien-dentiste du statut diabétique du patient était significativement associée au fait que le patient le consulte au moins une fois par an. En revanche, la non-information du chirurgien-dentiste n'était pas liée au renoncement du patient aux soins dentaires.

3) Limites de l'étude et conclusions

Nous ne connaissons pas la source d'information du patient. Or, il aurait été intéressant de savoir comment le patient connaissait l'existence de liens entre diabète et santé bucco-dentaire. Nous ne disposons pas non plus de données sur les chirurgiens-dentistes, leurs connaissances et leurs pratiques concernant les patients diabétiques. Pour autant, l'échantillon avait le mérite d'être large et les données collectées n'existaient pas jusqu'alors.

L'étude ENTRED témoigne de la méconnaissance des liens entre diabète et santé bucco-dentaire chez les hommes, les femmes montrant classiquement un intérêt plus marqué pour la santé. La méconnaissance caractérise aussi les patients les moins éduqués.

En outre, le fait que les patients bénéficiant de l'ALD disposent d'une meilleure connaissance peut suggérer que le processus aboutissant à la mise sous ALD soit propice à l'information des patients. Par exemple, dans le cadre du programme Sophia, développé par la CNAMTS à destination des personnes diabétiques, un site internet présente les liens entre diabète et santé bucco-dentaire et le soutien d'un infirmier-conseil est proposé aux patients par téléphone.

Par ailleurs, le recours à l'ALD peut permettre au chirurgien-dentiste d'identifier son patient comme étant diabétique et favoriser le transfert d'informations du praticien vers le patient. De même, la fréquence des consultations et donc des contacts avec les professionnels de santé joue un rôle dans le développement de connaissances du patient.

Si la plupart des patients imputent le manque d'information à eux-mêmes et non à l'absence d'interrogation de la part du praticien, il est probable que l'interrogatoire médical ait été incomplet à un moment ou un autre. D'une part, les populations diabétiques très âgées peuvent oublier d'évoquer leur pathologie, d'autant plus lorsqu'elles souffrent de plusieurs pathologies et sont poly-médiquées. Elles peuvent aussi craindre la stigmatisation, comme le suggère fortement la littérature, ce qui explique également la forte proportion de patients diabétiques choisissant de ne pas bénéficier de l'ALD.

D'autre part, le chirurgien-dentiste doit interroger ses nouveaux patients de manière proactive, ces derniers ne déclarant pas forcément spontanément leur pathologie. Il importe également que le chirurgien-dentiste procède à une mise à jour régulière de son questionnaire médical, *a fortiori* face aux populations à risque. De plus, la formation des chirurgiens-dentistes devrait insister sur leur nécessaire implication dans l'information des patients, en particulier quant aux liens bidirectionnels entre diabète et santé bucco-dentaire et à l'importance du recours aux soins. Quoi qu'il en soit, si les chirurgiens-dentistes souhaitent s'investir dans l'ETP, les procédures institutionnelles devront évoluer, les protocoles à l'ETP mis en place ne faisant apparaître le chirurgien-dentiste qu'à la marge, comparativement au pharmacien notamment.

Enfin, le vieillissement de la population et l'évolution des modes de vie, en particulier concernant la sédentarité et la nutrition, contribue à la progression du diabète pathologique. Or, malgré la mise en évidence répétée de la relation entre le diabète et la santé bucco-dentaire, elle reste méconnue et la proportion de personnes ayant un recours au soin satisfaisant très insuffisante. Par conséquent, le chirurgien-dentiste a un rôle déterminant à jouer en matière d'information du patient, d'ETP et de sa prise en charge.

M. Gérard RAYMOND

Secrétaire général, Fédération française des Diabétiques

La sixième complication du diabète concernant la santé bucco-dentaire est certainement souvent la sixième, soit la dernière, à être prise en considération. Les problèmes bucco-dentaires ne sont ainsi pas considérés comme une priorité. Les raisons de ce constat mériteraient d'être étudiées.

Avant-hier, nous avons reçu un membre de l'InVS, afin de réfléchir aux données concernant le diabète. Nous réclamons la création d'un nouvel observatoire du diabète et de l'état de santé des personnes diabétiques en France, les chiffres issus de l'enquête menée en 2007 nous paraissant datés. De même, nous espérons que la nouvelle agence de santé mettra à l'ordre du jour la priorité que représente le diabète.

Premièrement, face aux résultats de l'enquête ENTRED 2007, nous devons éduquer les patients à la santé. La loi établissant la stratégie nationale de santé est d'actuellement en cours de discussion, son premier volet concernant la prévention et l'éducation à la santé. Nous devons appuyer les articles de loi afférents et peser de tout notre poids pour que l'éducation à la santé, notamment bucco-dentaire, puisse s'effectuer de façon efficace.

A l'inverse, j'ai été choqué d'apprendre que le programme MT Dents ne bénéficiait pas de budget supplémentaire et ne pouvait par conséquent pas se développer. J'ai émis des réserves sur le sujet, notamment en tant que membre du Conseil national de l'Assurance Maladie. En effet, le rôle des associations et des institutions consiste à continuer à insister sur le développement de l'éducation à la santé.

Deuxièmement, nous devons attirer l'attention des médecins généralistes sur la santé bucco-dentaire. 70 % d'entre eux prescrivent à leurs patients une analyse de sang, une créatininémie, etc., trois ou quatre fois par an. Cependant, il convient de les sensibiliser, afin qu'ils parlent de l'hygiène bucco-dentaire à leur patients et qu'ils leur prescrivent une visite au chirurgien-dentiste. De même, les pharmaciens doivent être sensibilisés, en tant que pivots essentiels du système de santé, en particulier pour les personnes diabétiques et à travers l'entretien pharmaceutique.

Troisièmement, les programmes d'accompagnement des patients doivent être renforcés. Par exemple, nous devons continuer à informer l'ensemble des conseillers du programme Sophia sur l'hygiène bucco-dentaire.

Quatrièmement, les associations doivent mettre l'accent sur la sixième complication du diabète dans le cadre de leurs échanges et de leurs animations de groupe. Nous devons être plus présents dans la mobilisation en faveur de la santé bucco-dentaire. L'une de nos difficultés réside dans le fait que le diabète affecte davantage des personnes en difficulté sociale et économique : la Ville de Saint-Denis compte bien plus de personnes diabétiques que la Ville de Neuilly.

Pour que nous puissions pleinement jouer notre rôle auprès de ces populations, nos partenaires et les différentes institutions, qu'il s'agisse de l'Assurance Maladie ou d'une complémentaire santé, doivent nous aider à rendre visite aux gens et à les soutenir dans leurs démarches pour mieux prendre soin de leur capital santé.

Enfin, cinquièmement, les patients diabétiques ont actuellement une vision extrêmement restreinte du rôle du chirurgien-dentiste et de sa place parmi les professionnels de santé. Les personnes, y compris diabétiques, ne consultent pas le chirurgien-dentiste en raison de leurs représentations, selon lesquelles elles auront forcément un reste à charge.

Par conséquent, il importe de travailler sur le rôle des chirurgiens-dentistes et sur leur participation à l'équipe pluridisciplinaire chargée d'aider et d'encadrer les patients diabétiques. Le chirurgien-dentiste doit être considéré comme un acteur de prévention et de soin indispensable. En effet, comme l'a dit l'année dernière mon ami le professeur Pierre Gourdy : « *Ouvrez la bouche des patients diabétiques, vous y trouverez dans un cas sur deux une parodontopathie.* »

Mme Isabelle GREMY

Nous travaillons activement sur une prochaine étude ENTRED et nous avons pris contact avec l'ensemble des potentiels partenaires (la CNAM, la HAS, l'Inpes et l'ANSM). Nous essayons depuis quatre ans de renouveler cette étude.

M. Alain OLYMPIE

L'idée d'établir un observatoire permanent des patients diabétiques mérite d'être retenue. Notre association a pour sa part pris l'initiative de créer un observatoire des MICI. Il me semble également possible de faire fonctionner un tel observatoire sur internet avec des « e-patients ». Il est certain que bon nombre de patients ne vont pas chez le dentiste

pour des raisons économiques, mais on comprend que l'Etat peine aussi à prendre en charge les 2 250 760 personnes diabétiques référencées dans le régime général de l'Assurance Maladie.

Connaissances chez les patients cardiaques

Dr Jean-Louis BUSSIERE

Cardiologue

Une grande partie des patients cardiaques souffrent de pathologies cardiovasculaires, notamment des coronaropathies et des AVC, suite à des complications du diabète.

En tant que spécialistes, les cardiologues entretiennent des relations difficiles avec les chirurgiens-dentistes. Ces derniers nous consultent régulièrement, nous demandant par exemple s'ils peuvent injecter de l'adrénaline à leur patient malgré ses troubles du rythme cardiaque ou s'ils peuvent faire arrêter un anticoagulant ou un antiagrégant à leur patient, ces médicaments faisant saigner et empêchant les soins. De plus, les statistiques montrent que le lien entre santé bucco-dentaire et MCV n'est évoqué qu'en cas d'endocardite ou de valvulopathie cardiaque.

1) L'endocardite et la santé bucco-dentaire

L'endocardite est une pathologie lourde, qui survient suite à la fixation de germes venant fréquemment de la bouche et du parodonte sur des lésions préexistantes, en particulier au niveau des valves cardiaques, généralement celles situées du côté gauche, les microbes circulant par voie sanguine. Les microbes déclenchent des foyers fibrino-cruoriques dans lesquels ils sont emprisonnés et développent les végétations. Ces dernières se développent beaucoup plus facilement dans des tissus artificiels, notamment les prothèses. L'état infectieux en résultant, d'origine dentaire ou autre, est redoutable.

Malheureusement, la fréquence de l'endocardite ne diminue que très légèrement, notamment en raison de la résistance aux antibiotiques, alors que je pensais qu'elle avait connu une décroissance significative depuis le début de mes études. Auparavant, les patients déclaraient des complications graves et mourraient précocement. Désormais, les personnes étant de mieux en mieux soignées, les endocardites surviennent à un âge de plus en plus élevé, mais restent létales dans 20 % des cas. La relation entre les chirurgiens-dentistes et les cardiologues se révèle d'autant plus essentielle.

Quels que soient les implants posés aux patients, qu'il s'agisse de valves, de prothèses vasculaires ou de pacemaker, le risque de voir des microbes se fixer dessus s'en trouvera accru. De plus, alors que la porte d'entrée dentaire était considérée comme principale, à hauteur de 80 %, dans les années 1970, elle est désormais probablement moins importante, compte tenu des nombreux examens invasifs auxquels sont soumis les patients. En outre, parmi les principaux germes en cause, se trouvent les streptocoques et les staphylocoques.

Nous redoutons particulièrement les métastases infectieuses circulant dans le sang et générant des complications périphériques, qu'elles soient artérielles, rénales, neurologiques ou pulmonaires. Il y a quarante ans, nous recourions à une prophylaxie antibiotique extrêmement sévère et systématique quel que soit le patient, lors des soins dentaires, de la chirurgie ou de toute exploration, conformément aux recommandations issues des discussions menées entre les collègues de stomatologie, de chirurgie dentaire et de cardiologie.

Toutefois, les recommandations ont été revues. En effet, nous avons cru que la prévalence de l'endocardite avait beaucoup baissé. Or, si sa mortalité a effectivement significativement diminué, le nombre de cas est resté relativement stable. De plus, une montée de la résistance à l'antibiothérapie a été constatée, décidant les pouvoirs publics à restreindre considérablement la prescription d'antibiotiques. Des soins parodontologiques permettent d'ailleurs, heureusement, d'améliorer substantiellement l'état de santé du patient sans recourir à l'antibiothérapie.

Désormais, la prescription d'antibiotiques est restreinte aux patients considérés comme étant à haut risque d'endocardite, à savoir les personnes équipées de prothèses valvulaires, celles ayant déjà déclaré une endocardite, les enfants et les adultes souffrant de cardiopathie congénitale cyanogène et les personnes ayant subi une greffe cardiaque. Parmi les patients à haut risque d'endocardite, se trouvent également les personnes immunodéprimées, dont le nombre ne diminue malheureusement pas en raison de l'épidémie de VIH et du retour de la tuberculose. Or, les patients diabétiques sont particulièrement sensibles au niveau infectieux.

Lorsque le risque d'endocardite est considéré comme bas, nous préférons ne pas prescrire d'antibiotiques. Cependant, les patients suivis depuis vingt ans et auxquels des antibiotiques étaient systématiquement prescrits n'acceptent pas toujours que leur traitement soit modifié, bien que nous leur expliquions que les antibiotiques ne sont pas nécessaires. Or, il n'est pas facile de ne pas répondre à leur demande.

En outre, il n'est pas possible de poser des implants dentaires à des patients présentant un haut risque d'endocardite infectieuse. En effet, les recommandations de l'AFSSAPS comprennent de nombreuses contrindications en la matière. Par conséquent, dans le cas des patients immunodéprimés, par exemple, il importe que le cardiologue et le chirurgien-dentiste échangent et produisent un avis commun sur l'état des dents du patient.

Cependant, les préoccupations des patients se résument généralement à savoir s'ils pourront conserver leurs dents et le coût occasionné par une éventuelle intervention du chirurgien-dentiste. Dans les années 1970, le professeur Cabrol avait reçu un patient au Val-de-Grâce, un général souffrant de valvulopathie et ayant des dents en mauvais état. Il lui avait annoncé qu'il allait devoir lui retirer toutes ses dents, ce à quoi le général avait rétorqué qu'il avait besoin de ses dents pour gagner ses batailles. Le professeur Cabrol lui avait alors répondu que seules des dents en bonne santé pouvaient aider à gagner des batailles. Si le retrait de l'intégralité des dents n'est plus systématique, l'anecdote témoigne de la nécessaire prise en compte des patients dans l'actualité médicale.

2) *Le rôle du microbiote*

Le rôle de l'infection au niveau de la bouche est très important et est reconnu comme tel dans l'actualité médicale de toutes les spécialités, en particulier *via* la question du microbiote intestinal. En effet, le tube digestif et ses germes commencent au niveau de la bouche et finissent au niveau de l'anus. La littérature évoquait déjà largement le microbiote buccal, dont les germes étaient notamment étudiés par les chirurgiens-dentistes. Toutefois, une nouvelle approche plus consensuelle et généraliste émerge quant au rôle du microbiote dans diverses pathologies de l'organisme. L'idée est intéressante et concerne tous les spécialistes, ainsi que les médecins généralistes situés au cœur du dispositif de santé.

L'organisme comprend 100 000 milliards de bactéries, soit 2,7 kilos. Ainsi, le tube digestif n'est pas qu'un tuyau dans lequel passent les aliments. En effet, au-dessus du mucus intestinal se trouve la masse des bactéries que nous avons négligée, hormis l'ultralevure, et dont nous apercevons désormais la richesse. Trois grands groupes de germes se concurrencent en permanence dans l'intestin et doivent cohabiter de façon satisfaisante : la flore intestinale doit être variée, afin que les bonnes bactéries équilibrent les mauvaises bactéries. Toutefois, l'alimentation quotidienne ou la prise de médicaments modifiant la flore intestinale peuvent rompre cet équilibre.

Dans le microbiome humain, comportant l'ensemble des microbiotes, notamment buccal et intestinal, de nombreux éléments interfèrent :

- la physiologie de la personne ;
- son système immunitaire, qui réagit et se modifie en permanence au contact des aliments ;
- les bactéries en transit avec les aliments ;
- l'environnement, notamment l'écosystème allant de la bouche à l'anus.

Or, toute rupture d'équilibre dans le microbiote occasionne des pathologies.

En outre, la question du génotype de l'hôte se révèle essentielle. En effet, le microbiote intestinal est très riche, sa carte métagénomique étant cent fois plus riche que le génome humain. Il peut désormais être dosé, d'ailleurs beaucoup plus facilement depuis deux à trois ans, ce qui nous permettra d'avancer dans la compréhension du phénomène et dans les traitements à mettre en œuvre.

Lorsque nous absorbons un aliment, il passe par la bouche, puis par l'ensemble du tube digestif. Parmi les interférences survenant dans le microbiote, se trouvent les lipopolysaccharides, des réactions inflammatoires ou l'hyperperméabilité intestinale. Dans ce dernier cas, la rupture d'équilibre permet à des substances oxydantes de passer à travers les membranes, de modifier les dépôts de cholestérol à l'intérieur des cellules s'oxydant ainsi et de créer les conditions favorables à l'athérome. De même, des dépôts de graisse conduisent à l'obésité, provoquant le diabète, et le stock des graisses au niveau du foie est modifié, provoquant une athérosclérose et, à terme, les MCV.

Par conséquent, l'alimentation quotidienne et les microbes circulant de la bouche à l'anus produisent des interférences particulièrement importantes et génèrent des pathologies chroniques, parmi lesquels les MCV. La dernière découverte ne concerne toutefois pas les MCV, mais le lien entre les allergies liées aux interférences et les pathologies pulmonaires, notamment la BPCO souvent sous-diagnostiquée. De nouvelles pistes de travail s'ouvrent donc à nous.

Un autre exemple d'inflammation au microbiote buccal est celui de la polyarthrite rhumatoïde. En effet, depuis cinq à six ans, un lien a été établi entre une augmentation de la fréquence des infarctus du myocarde et le fait de souffrir d'une polyarthrite rhumatoïde. Certains germes buccaux produisent des inflammations chroniques, produisant des réactions immunologiques déclenchant le développement de la polyarthrite rhumatoïde. En outre, de nombreuses études ont été synthétisées en 2015 portant sur la polyarthrite rhumatoïde et le parodonte, témoignant de l'importance des facteurs environnementaux et génétiques.

Par ailleurs, le microbiote a également un effet sur les maladies inflammatoires que sont les MICI, puisque, plus les cures d'antibiothérapies sont fréquentes chez un patient, plus il risque de développer une MICI. De même, plusieurs études expliquent que l'antibiothérapie précoce contribue au développement du surpoids, d'obésité et du diabète chez les enfants.

C'est pourquoi, il est essentiel de considérer l'interface qu'est le tube digestif, ainsi que les particularités des villosités intestinales et du mucus, les interactions avec la masse bactérienne permettant le développement de l'inflammation et de maladies chroniques.

3) Conclusion : du soin à la prévention

La mortalité des MCV a diminué, de 40 % lorsque j'étais jeune interne à 4 % actuellement à l'hôpital. Toutefois, la courbe connaît une remontée à cause du diabète et de l'obésité. De même, si les cardiologues et les chirurgiens-dentistes ont collaboré de façon satisfaisante sur la prophylaxie de l'endocardie, il convient de rester vigilant.

Nous devons désormais considérer l'ensemble bactérien qu'est le microbiote. Conséquemment, nous devons nous intéresser à la nutrition, des médecins utilisant des techniques de micro-nutrition visant à modifier le comportement des bactéries au niveau intestinal.

La validation du thème du microbiote concerne particulièrement l'une des MICI les plus sévères, l'infection à *Clostridium difficile*. Les patients qui en sont atteints souffrent de diarrhées chroniques et ne pouvaient en guérir. Or, la suppression de leur microbiote *via* une antibiothérapie à forte dose et l'injection d'un microbiote sain leur permet de guérir. La procédure est validée internationalement et est utilisée par les plus grands services de gastro-entérologie. La piste du microbiote doit donc être prioritairement explorée.

Enfin, une table ronde a eu lieu la semaine dernière, portant sur l'accès à la prévention, notamment chez les personnes en situation de précarité. Il a été conclu que des progrès seraient réalisés à condition que l'ensemble des professionnels échangent, notamment les médecins généralistes. Ces derniers sont l'une des pièces maîtresses du système de santé, mais manquent de temps pour se consacrer à l'ETP. Il convient de redistribuer les rôles de chaque professionnel de santé pour soigner les gens, mais aussi les rôles en matière prévention. Au cours de cette table ronde, Madame Annie Podeur, Secrétaire Général du Conseil Economique Social et environnemental, a affirmé : « *Il faut évoluer d'une médecine tout soin, à laquelle les dépenses de santé sont actuellement consacrées, selon les modes de calcul, de 92 à 99 %, à une médecine de prévention.* »

M. Alain OLYMPIE

Il y a quelques semaines, je suis intervenu au cours d'un congrès de médecins généralistes. J'y ai entendu un haut-responsable d'un syndicat de médecins généralistes affirmer : « *A chaque consultation, nous devrions systématiquement regarder la bouche et les pieds, mais nous ne le faisons pas, car ce sont les deux endroits qui sentent mauvais.* »

Débat

Dr Christophe LEMAN

Je fais partie de l'Observatoire régional de la santé et travaille notamment au sein de la commission de Prévention de l'ARS Picardie. Je me bats constamment pour pouvoir vivre des soins que je dispense. J'ai même formulé une demande auprès du défenseur des droits en ces termes.

Le 17 septembre, j'ai organisé un débat en région, lors duquel un communiqué de presse a été effectué par la CPAM de la Somme, intitulé « *Les soins dentaires précoces ne coûtent pas cher* ». Ce titre me semble suffisamment significatif.

M. Alain OLYMPIE

Nous ne pouvons qu'approuver vos propos.

M. Gérard RAYMOND

La prévention et l'éducation à la santé sont essentielles. Elles sont liées à des problématiques politiques relevant du cloisonnement du système de santé, de l'absence de coordination entre les acteurs et de la complexité du parcours du soin, notamment en raison de son caractère administratif. Or, le chirurgien-dentiste est effectivement le maillon faible du parcours de soin.

Par conséquent, il conviendrait de mener une véritable réflexion sur la réorganisation de l'action des professionnels de santé sur un territoire donné. En effet, la spécialité du chirurgien-dentiste n'est pas présente sur l'ensemble des territoires. Comment organiser la mobilisation et le projet médical du territoire ? Répondre à cette question constitue l'un des

enjeux majeurs de nos financeurs, en particulier l'Etat. Les associations ont un rôle éminemment important à jouer dans la démarche.

M. Alain OLYMPIE

La Fédération Française des Diabétiques (FFD) propose un programme d'accompagnement et de formation à l'ETP, qui prend de l'ampleur sur le territoire.

M. Gérard RAYMOND

Dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique, les moments d'échanges concernant les territoires sont les plus intéressants et les plus pertinents. La mobilisation au sein d'une association vise en effet notamment à partager nos expériences de vie, à échanger et à favoriser les solidarités.

De plus, si nous sommes amenés à rencontrer des personnes atteintes de diabète, nous devons être formés. Par conséquent, nous avons décidé de former des patients à l'animation de groupes de parole, au conseil, à l'écoute et à l'accompagnement des personnes dans le développement de leur projet de vie et pour surmonter leurs peurs et leurs dénis. Les « patients-experts » de la FFD sont ainsi capables de témoigner de leur propre démarche et d'en tirer profit pour appuyer les autres.

Si nous ne pouvons former quatre millions de patients-experts, quatre ou cinq par département suffiraient. Nous souhaitons développer ces programmes de formation car nous devons nous rendre sur le terrain, dans les quartiers les plus difficiles, auprès des personnes qui ne placent pas leur capital santé au cœur de leurs priorités. En effet, aujourd'hui, l'ETP est hospitalo-centrée et ne touche que des personnes qui n'en ont probablement absolument pas besoin.

Nous devons nous rendre sur les territoires, au cœur de la vie des gens, pour les accompagner sur les pathologies telles que le diabète et les MCV. Cette forme d'action est prioritaire. Nous sommes actuellement présents dans quarante départements, mais nous manquons de moyens financiers pour former les personnes, une formation de patient-expert coûtant 2 000 euros. La formation vise également à intégrer les patients-experts dans une coordination globale impliquant les autres acteurs.

Un intervenant

Les propos de Monsieur Gérard RAYMOND témoignent de la montée en puissance des patients dans la décision et les pouvoirs publics.

Par ailleurs, en tant que chirurgiens-dentistes, lorsque nous souhaitons prendre en charge un patient diabétique, nous sommes confrontés à de nombreuses difficultés. En particulier, les recommandations de la HAS ne sont pas pertinentes, un patient diabétique non équilibré devant consulter son chirurgien-dentiste tous les trois ou quatre mois et non une fois par an. Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons économiquement pas procéder à un détartrage sur un même patient tous les six mois.

En outre, un patient diabétique souffrant d'une parodontite n'a pas besoin d'une prothèse, mais d'un soin de prévention visant à éviter des complications et le recours à des soins non remboursés.

Enfin, la coopération entre professionnels de santé a été évoquée. Or, tous les budgets de formation interprofessionnelle sont actuellement en baisse. C'est pourquoi, nous, les professionnels, avons besoin des patients pour envisager la meilleure manière d'avancer.

M. Alain OLYMPIE

Les patients ne se battent pas pour le pouvoir mais pour la connaissance et la reconnaissance de leur maladie. Nous pouvons tous partager cette connaissance, chacun souhaitant mieux connaître l'autre et améliorer la prise en charge.

Dr Charles MICHEAU

La carie ne pose plus problème, au contraire de la MP. Or, le détartrage ne peut traiter une MP. Les traitements adéquats demandent trois heures de travail et ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie. Le reste à charge représente un frein dramatique en termes d'accès aux soins.

Dr Jean-Louis BUSSIERE

Nous devons continuer à faire de l'ETP, avant et après l'accident cardiovasculaire, la démarche étant alors remboursée par l'Assurance Maladie. En revanche, le problème le plus prégnant réside dans la prise en charge des soins par l'Assurance Maladie dans un contexte financier contraint.

Mme Nolwenn REGNAULT

Il est nécessaire de travailler ensemble, qu'il s'agisse des associations de malades, des professionnels de santé et des institutionnels. En plus de ses missions de surveillance, l'InVS aura prochainement des missions de prévention, en particulier auprès des malades chroniques. Il importe particulièrement de travailler étroitement avec les associations de malades, en contact direct avec les personnes, même si toutes les personnes diabétiques ne sont pas concernées par les MCV.

M. Gérard RAYMOND

Nous souhaitons favoriser un système de solidarité et de répartition, dans lequel les patients peuvent être correctement pris en charge et soignés, notamment à travers l'ETP, et dans lequel les professionnels de santé peuvent vivre de leur métier. Or, nous n'arriverons à convaincre nos décideurs qu'en leur présentant des études solides, dépassant notre simple ressenti. Il sera peut-être nécessaire de créer de nouveaux métiers, en particulier en matière de coordination. Pour notre part, nous sommes prêts et ouverts à échanger davantage avec vous sur le diabète et l'hygiène bucco-dentaire.

Deuxième table ronde

« Education thérapeutique du patient : retours d'expériences »

Table ronde animée par le Dr Jacques WEMAERE, Vice-Président de l'UFSBD

Ont participé à cette table ronde :

Dr Marcel PERROUX, Chirurgien-dentiste, Vice-président, UJCD

Dr Pierre-Olivier DONNAT, Chirurgien-dentiste, Secrétaire général adjoint, CNSD

Dr Amélie ODIER, Chirurgien-dentiste, Ingénieure en pédagogie de la santé

Dr Jacques WEMAERE

L'ETP est essentielle, en particulier pour les malades du diabète. Si la démarche de l'ETP est très présente dans le monde hospitalier, les chirurgiens-dentistes la connaissent et la maîtrisent peu.

Place de l'ETP en odontologie

Dr Amélie ODIER

Chirurgien-dentiste, Ingénieure en pédagogie de la santé

Je travaille dans l'ETP depuis l'année 2007. J'ai été chef de clinique en pédodontie au CHU de Nantes, où j'ai essayé de développer l'ETP en parodontologie. Cependant, la démarche a mis du temps à être reconnue et légitimée, la profession ne semblant pas particulièrement intéressée par le sujet. C'est pourquoi, j'ai été amenée à mettre de côté le questionnement portant sur la place de l'ETP en odontologie. Je suis donc ravie de pouvoir aujourd'hui vous présenter l'état des lieux des prémices et des avancées de l'ETP en odontologie.

Je vous invite d'abord à noter sur une feuille ce que représente pour vous l'ETP, à travers un ou deux mots-clés, et ce qu'elle n'est pas.

1) *Clarification du concept d'ETP*

La discipline de l'ETP est apparue il y a une quarantaine d'années, à la croisée des sciences humaines, sociales et médicales. Le concept est désormais largement connu et s'est développé dans le champ des maladies chroniques.

Historiquement, la relation entre l'ETP et les maladies chroniques s'est nouée autour du diabète. En effet, dans les années 1970, un médecin, Leona Miller, a conduit une expérience d'éducation thérapeutique auprès de patients diabétiques des quartiers défavorisés de Los Angeles. En misant sur leurs potentialités, elle a réussi à obtenir une amélioration de leur état de santé, alors qu'ils vivaient dans une grande précarité, et à limiter l'apparition des complications.

Par la suite, l'arrivée des antiprotéases en 1987 a bouleversé la prise en charge des patients infectés par le VIH et a fait évoluer ce dernier vers un statut de maladie chronique.

Le rôle des malades a alors été modifié, ceux-ci s'impliquant désormais énormément dans leur propre prise en charge et développant des partenariats avec leurs soignants.

L'ETP n'est pas une éducation à la santé et ne se résume pas à de l'information, à des conseils, à une prescription dénuée d'explication ni à une suite de recommandations. Elle est une approche s'adressant à des populations atteintes et affectées par une maladie. En matière d'intervention, nous n'intervenons pas au niveau primaire, mais au niveau secondaire à la fois à travers le dépistage de la maladie et l'évitement de l'aggravation de la maladie et de son risque léthal.

L'ETP s'inscrit dans les niveaux secondaire, tertiaire, et quaternaire de la prévention, ainsi que dans un contexte de chronicité. Ce dernier va de pair avec une nécessaire prise en charge à vie des patients. En effet, pour n'importe quel patient, accepter de reconnaître qu'il est malade à vie est une étape essentielle. Par conséquent, il convient de développer une approche personnalisée et individualisée pour chacun de nos patients et de leur offrir un suivi individuel et/ou collectif. Les modalités de la démarche doivent donc être imaginées, leur mise en œuvre pouvant être complexe dans un contexte hospitalier. Toutefois, l'ETP s'y développe.

L'ETP n'est pas une approche paternaliste visant à infantiliser, culpabiliser ou critiquer notre patient, ni même une leçon de morale visant à l'humilier. En parodontologie, les patients peuvent parfois mal vivre les conseils que nous leur apportons, notamment lorsque nous les questionnons sur leurs pratiques en matière de brossage de dents. Ils peuvent alors ressentir un sentiment d'agacement ou d'humiliation. Des patients en ont témoigné lorsque nous leur avons demandé de s'exprimer.

Au contraire, l'éducation thérapeutique contribue à réviser le rapport que nous entretenons avec nos patients. En effet, elle revalorise la dimension humaniste à la base de notre engagement en tant que professionnels de santé et lui rend tout son sens en modifiant en profondeur les rôles et les interactions des professionnels de santé avec leurs patients.

Le soignant intervient sur le plan éducatif, d'une part, et peut prendre un rôle d'éducateur, d'autre part, en guidant et en accompagnant le patient tout au long de son parcours de soin. L'objectif de l'éducation thérapeutique est de rendre le patient acteur de sa propre santé et de le rendre plus autonome. En grec, *autonomos* désigne celui qui se dote de ses propres règles. A travers sa maladie, nous permettons au patient de redéfinir lui-même les règles de sa santé, parodontale par exemple.

La définition exacte de l'ETP est finalement la suivante : elle vise à « *permettre au patient d'acquérir des compétences et des capacités pour l'aider à être plus autonome et ainsi redonner du sens à ses comportements, à ses choix et à ses valeurs.* »

L'ETP fait désormais partie du contexte institutionnel actuel, puisque la HAS et l'Inpes ont repris en 2007 la définition proposée par l'OMS en 1996 et qu'elle a été intégrée à la loi HPST en 2008. Elle a fait l'objet d'un décret intégré au Code de santé publique, prescrivant une formation obligatoire de quarante heures à tous les professionnels de santé souhaitant pratiquer ou pratiquant déjà l'ETP. Depuis le mois de janvier 2015, un nouveau texte de loi prévoit également que les coordonnateurs de programme en ETP bénéficient de cinquante heures de formation.

Par conséquent, l'ETP s'apprête à bousculer notre profession et nous amènera à nous positionner sur le sujet. Les ARS sont nos interlocuteurs directs sur la question de l'ETP, puisqu'elles coordonnent, soutiennent et évaluent tous les programmes et les actions de santé publique, dont participe l'ETP. A ce titre, elles peuvent être des partenaires intéressants des praticiens libéraux, les actions d'ETP ne devant pas être uniquement hospitalo-centrées. Elles visent ainsi à créer des synergies favorisant l'établissement de partenariats entre les hôpitaux, les libéraux et les maisons de la santé, la transversalité des informations et la mise en œuvre d'une approche coordonnée du patient.

2) *Etat des lieux de l'ETP en odontologie*

L'odontologie, ou médecine bucco-dentaire, intervient tout au long de la vie des patients. Elle nécessite la réalisation de soins au long cours et un suivi régulier. Par conséquent, les processus généraux de l'ETP lui sont applicables. Pourtant, les chirurgiens-dentistes ne sont cités ni dans la loi HPST, ni dans ses décrets de mise en œuvre, créant ainsi un hiatus.

En 2010, lorsque mon chef de service, le professeur Soueidan, et moi-même avons développé et présenté à l'ARS notre programme d'éducation thérapeutique à destination des patients atteints de parodontite chronique, l'ARS a contacté la DGS, qui a expliqué que les chirurgiens-dentistes ne figuraient pas dans le texte de loi. L'ensemble des actions mises en œuvre, positives et significatives, ont donc été remises en cause et progressivement abandonnées. Le professeur Soueidan en garde un souvenir désagréable.

Suite à notre expérience malheureuse, nous nous sommes interrogés sur la démarche à adopter en matière d'ETP en odontologie. L'état des lieux de la littérature sur le sujet est relativement maigre. L'une des pionnières en la matière est Sylvie Saporta qui, la première, a amorcé la réflexion sur les transversalités possibles entre l'ETP et l'odontologie, en particulier la MP. D'autres personnes travaillent sur la question à Rennes en ODF (orthopédie dento-faciale) et à Lille en pédodontie, la carie pouvant aussi être considérée comme une maladie chronique touchant une certaine catégorie de population. Une réflexion est donc amorcée, mais il convient de savoir ce qu'il faut en faire.

Peu d'actions menées sur le terrain sont recensées, hormis un programme structuré et reconnu mis en œuvre à Lille dans le milieu carcéral. En revanche, dans le milieu hospitalo-universitaire, des actions sont mises en œuvre dans des disciplines ciblées. Par exemple, je suis à l'initiative d'un programme pilote en parodontologie, que je présenterai précisément à l'occasion de la Journée de santé publique bucco-dentaire le 5 novembre prochain.

Quoi qu'il en soit, le constat prédominant est celui d'un nombre très limité de praticiens formés à l'ETP, y compris au niveau universitaire. Dans le cadre d'une étude réalisée en 2008, cinq des seize facultés dentaires ont répondu mettre en place des cours magistraux portant sur l'ETP en formation initiale, mais également que les personnes les dispensant n'y étaient pas formées.

En outre, les transversalités sont très difficiles à mettre en œuvre, par exemple entre la MP et la nécessité d'établir un lien avec un tabacologue. De même, l'impact du stress sur la santé bucco-dentaire a été abordé, mais il n'est pas certain que nous soyons tous en contact avec des réseaux de psychologues pour soutenir nos patients souffrant de parodontite agressive. La relation avec les médecins traitants n'est pas non plus facile à mettre en place car elle demande beaucoup de temps et d'énergie. Si j'ai pu constater les difficultés en la matière au niveau institutionnel, des problématiques différentes se posent au niveau libéral.

Quoi qu'il en soit, il existe des ressources considérables pas toujours exploitées, ainsi que des personnes de bonne volonté. De plus, nous mettons probablement tous en place des démarches d'ETP sans le savoir. Il conviendrait de les valoriser et de les formaliser, des actes d'ETP étant effectivement valorisés en milieu libéral, notamment chez les infirmières et les sages-femmes, mais aussi dans le milieu hospitalier. J'étais par exemple parvenue à valoriser les consultations que je menais en ETP.

3) *Synthèse et perspectives*

Les maladies chroniques ont des incidences sur l'état de santé bucco-dentaire des patients. A l'inverse, les maladies bucco-dentaires peuvent avoir des répercussions sur l'état de santé général des patients, leur environnement psycho-social, leur entourage et leur qualité de vie.

Nous avons défini plusieurs types de population à risque, sur lesquels il serait intéressant d'amorcer une réflexion : les jeunes enfants polycariieux, les personnes en situation de handicap et les personnes âgées dépendantes. Il serait intéressant d'adopter une approche

personnalisée, individualisée et formalisée à l'égard de ces publics. D'autres patients nécessitent une approche globale spécifique. En particulier, le taux d'abandon des traitements est très élevé chez les adolescents suivis en ODF. A Rennes, Marie-Charlotte Mano a d'ores et déjà engagé une réflexion sur le sujet, et nous nous devons de la poursuivre.

De même, une approche spécifique pourrait être développée à l'égard des patients diabétiques atteints de parodontite chronique, des adultes fumeurs, etc. Si nous tentons de construire une approche adaptée et intégrant la globalité des problématiques bucco-dentaires de notre patient, les bénéfices secondaires sur notre pratique devraient être très intéressants.

Par ailleurs, nos patients sont de plus en plus informés, notamment par le biais d'Internet, et attendent des explications et des éclairages. Ils ont aussi beaucoup de représentations et de croyances qu'il convient parfois de bousculer. Des patients vieillissants peuvent aussi craindre le contexte du soin dentaire. Les patients sont exigeants, mais sont avant tout humains. Lorsqu'ils sont affectés par la chronicité, ils sont fragilisés et nécessitent une prise en charge particulière. A partir de sa naissance et jusqu'à sa mort, un patient peut cumuler plusieurs facteurs de risque et maladies. C'est pourquoi, il importe de l'accompagner.

De nombreux acteurs sont impliqués dans la relation de soin. Par exemple, l'assistante dentaire doit occuper toute sa place dans la triangulation avec le patient que constitue l'ETP, d'autant plus qu'elle est désormais considérée comme professionnelle de santé à part entière. Nous devons intervenir dans la responsabilisation de notre patient en le rendant acteur de sa prise en charge *via* la mise en place d'un partenariat efficace.

La formation à l'ETP dure quarante heures, soit six jours. Elle peut être dispensée dans les CHU, les URPS ou les maisons de santé, à la fois aux médecins libéraux et hospitaliers. Toutefois, la question de la place de l'ETP dans les formations initiales doit être sérieusement posée, celle-ci étant pour le moment balbutiante. De même, nous avons déposé une proposition de formation continue en ETP dans le cadre du DPC qui a été refusée, l'ETP n'étant pas prioritaire. De surcroît, parmi les divers professionnels de santé ayant participé à des formations en ETP, les chirurgiens-dentistes sont particulièrement absents.

Cependant, une formation aura lieu à Nantes en 2016, en partenariat avec l'Ireps Pays de la Loire, et destinée aux chirurgiens-dentistes. Elle vise à ouvrir une discussion avec ces derniers sur l'ETP et à construire des pratiques adaptées à leur quotidien. Quant aux assistantes dentaires, elles occupent une place privilégiée dans le contexte du soin dentaire, à la fois en raison de la variété de leurs compétences et de leur place centrale auprès du patient avant, pendant et après les actes. Toutefois, le chirurgien-dentiste garde la place de l'expert, les rôles de chacun devant être clairement définis.

4) Conclusion

L'ETP est une démarche fondamentale intervenant durant l'ensemble de la prise en charge du patient, s'adaptant au contexte de la chronicité, permettant de réviser la posture du professionnel et du chirurgien-dentiste en développant ses compétences éducatives au service du patient. L'ETP en odontologie devrait se démocratiser. Elle ne doit plus être considérée comme une prise en charge exceptionnelle réservée à la médecine, mais devrait faire intégralement partie du processus de soin, dès le début de la prise en charge du patient. A cette fin, il convient d'accompagner les professionnels de santé dans la transformation et l'enrichissement de leurs pratiques professionnelles, afin de mieux répondre aux attentes et aux besoins des patients atteints de maladie chronique.

Parcours de formation sur l'éducation thérapeutique pour les professionnels libéraux

Dr Pierre-Olivier DONNAT

Chirurgien-dentiste, Secrétaire général adjoint, CNSD

Dans le domaine de l'ETP, la place du chirurgien-dentiste est celle qu'il accepte de s'attribuer. Toutefois, afin d'occuper sa place, le chirurgien-dentiste doit en permanence se battre. Absent de la loi HPST, il lui est difficile de s'inscrire dans la démarche, alors qu'il y a légitimement sa place.

Au-delà des ARS, le chirurgien-dentiste doit également se battre au sein des autres instances professionnelles, quelles qu'elles soient, d'autant plus que l'ETP est parfois confondue avec l'éducation à la santé et la promotion de la santé. Or, les trois démarches sont totalement différentes et ne demandent pas les mêmes compétences. Ainsi, d'ici quelques jours, lorsque l'assistante dentaire verra son titre inscrit au Code de la santé publique, elle ne s'en trouvera pas pour autant dotée de compétence en matière d'ETP. En revanche, elle pourra désormais travailler au sein d'un établissement public. Pour autant, nous pouvons engager un débat sur la façon dont le référentiel métier de l'assistante dentaire pourrait être révisé, de manière à élargir ses compétences.

Par ailleurs, le 7 décembre prochain, tous les praticiens auront à voter pour élire leurs représentants au sein de l'URPS. Or, plusieurs candidats sont présents aujourd'hui, démontrant leur intérêt pour l'ETP.

1) Les débuts de la démarche

Il y a cinq ans, à l'issue de notre élection au sein de l'URPS de Bourgogne, nous nous sommes tournés vers nos confrères des autres URPS, afin d'élaborer avec eux une véritable politique interprofessionnelle. Il nous semblait en effet inenvisageable de travailler de façon isolée et sans échanger. Les URPS ont été des laboratoires d'idées dans lesquels nous avons pu nous rencontrer et évoquer de nombreux sujets, la démographie professionnelle par exemple. Puis, nous nous sommes interrogés sur les sujets communs que nous pourrions discuter ensemble et qui pourraient faire l'objet de projet.

Le seul facteur qui nous rassemblait était nos patients communs. Nous avons tous une approche particulière et abordions les pathologies sous notre propre prisme, y compris un sujet aussi transversal que le diabète. Pour le chirurgien-dentiste, par exemple, le patient diabétique est complexe à traiter : il ne bénéficie d'aucune prise en charge des traitements parodontaux et n'est pas considéré à l'aune de sa pathologie spécifique.

Pour autant, le patient restait au centre de nos préoccupations. En collaboration avec nos collègues médecins, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues, ainsi qu'avec les diététiciens pourtant non représentés au sein des URPS, nous avons proposé un dossier à l'ARS Bourgogne qui s'est étonnée de la présence des chirurgiens-dentistes dans le cadre d'un tel projet. Nos amis médecins et pharmaciens ont dû intervenir en notre faveur, avertissant l'ARS qu'ils ne mèneraient pas le projet sans nous.

En effet, la loi prévoyant la constitution des URPS exigeait la création d'une fédération, qui ne verra cependant jamais le jour en raison de la nouvelle loi de santé, dans laquelle les chirurgiens-dentistes devaient jouer un rôle d'arbitre dans les rapports entre les URPS. Ils ont conséquemment été appréciés en tant que tels, ainsi qu'à l'aune de leur capacité à rassembler, par les autres professionnels de santé, qui ont jugé indispensable de les intégrer au dispositif.

Le financement du projet a été totalement pris en charge par l'ARS, ce qui est très rare, la plupart des projets étant habituellement cofinancés. Son montant s'est élevé à 370 000 euros sur cinq ans.

2) Les formations

La formation à l'ETP s'est déroulée en trois étapes indépendantes, mais complémentaires. En effet, avant de suivre la formation validante de quarante heures, il nous a semblé qu'une étape préalable devait être franchie. L'ensemble des nombreux praticiens présents était très hétérogène, ces derniers n'ayant pas la même vision en raison de leurs spécificités professionnelles. Par conséquent, les connaissances de chacun devaient être uniformisées.

Deux types de formations ont été organisées, en soirée ou en journée, visant à ce que chacun s'approprie le dispositif selon son degré de motivation. Or, les personnes venues initialement suivre la formation courte en soirée, par simple curiosité, se sont révélées très demandeuses d'information. Elles ont donc pu suivre ensuite la formation dispensée en journée, afin d'approfondir leurs connaissances.

Une journée de formation à l'ETP consiste généralement en trois ou quatre heures de jeu de rôle, dans lequel chacun occupe successivement le rôle du patient, le rôle du médecin, etc. Connaissant les formations d'origine des participants, les formateurs font en sorte de ne pas les placer dans des situations confortables. J'ai pour ma part dû travailler sur la BPCO et la spondylarthrite ankylosante. Pour autant, les participants s'en sortent, le principe global de l'ETP consistant à définir avec le patient un diagnostic éducatif et lui proposer un contrat éducatif. L'ETP n'est donc pas centrée sur la pathologie, mais sur le patient.

Nous avons ensuite proposé une formation complète aux personnes les plus motivées, comprenant quatre journées en présentiel et une journée ou deux en *e-learning*. L'organisme de formation Ipcem, organisme de référence, a remporté l'appel d'offres. Les deux premières étapes de formation sont désormais closes, la troisième étant en cours : la formation commencera demain matin à Beaune et a rencontré un franc succès, puisqu'une vingtaine de personnes s'y sont inscrites. La première session durera deux jours.

3) Objectifs et bilan

Notre démarche a trois objectifs : informer, sensibiliser et former. Nous souhaitons que le plus grand nombre possible de patients puissent en bénéficier. Chaque participant doit également pouvoir se positionner : nous ne demandons pas à tous les chirurgiens-dentistes participant à la formation de promouvoir l'ETP. Néanmoins, ils doivent pouvoir orienter efficacement leurs patients vers des structures et des équipes compétentes à l'issue d'un diagnostic éducatif qu'ils ont eux-mêmes effectué.

En outre, la notion de proximité est essentielle, le maillage territorial des professionnels libéraux étant irremplaçable et n'ayant pas d'équivalent. En cela, nous représentons une réelle valeur ajoutée en termes de proximité.

Une soirée et des journées de formation ont été organisées dans les quatre départements de Bourgogne. Au total, 218 professionnels de santé ont été formés, sur les 7 000 praticiens que compte la Bourgogne. La proportion peut paraître très faible, mais la plupart des praticiens ne connaissaient pas ou peu le dispositif d'ETP avant de recevoir notre offre de formation. Ils devaient donc fournir un effort de curiosité pour y répondre positivement, d'autant plus que la formation se déroulait de façon interprofessionnelle, rompant avec les habitudes des professionnels de santé.

L'analyse des commentaires que les participants ont formulés à l'issue des formations, témoignant de leur ressenti, montre qu'elles ont constitué un espace particulièrement pertinent pour le dialogue interprofessionnel. Nous n'avons jamais bénéficié d'autant de contacts avec nos collègues médecins, pharmaciens, chirurgiens-orthopédistes, etc. L'ETP

a servi de catalyseur et a permis des rencontres fondant les relations interprofessionnelles. En effet, les professionnels de santé travaillent côte-à-côte, mais ne se connaissent très peu car ne se rencontrent quasiment jamais.

Parmi les 218 participants, 7 % étaient chirurgiens-dentistes, soit une vingtaine de participants devenant des porte-paroles du dispositif et pouvant sensibiliser des personnes susceptibles d'intégrer les réseaux. Seul un praticien chirurgien-dentiste s'est inscrit à la formation validante de quarante heures, le sacrifice que représente l'abandon de son cabinet pendant une semaine étant considérable. De plus, la formation ETP implique de devoir accepter de se remettre en cause, loin du contexte confortable de la formation continue. Elle consiste en des jeux de rôle et des mises en situation, exige un réel travail de fond, mais permet l'acquisition de véritables compétences. Par conséquent, suivre une formation ETP nécessite un profond investissement.

L'URPS est dotée d'une culture d'évaluation, qui n'est pas fréquente dans nos professions de santé. Nous avons donc demandé aux participants ce que la formation leur avait apporté et ce qu'ils en avaient retenu. Ma présentation énumère différents items, qui ne rendent pour autant pas compte de l'enthousiasme que nous avons ressenti à la fin des réunions.

Je peux en effet témoigner du caractère fondateur de telles réunions interprofessionnelles et de leur apport conséquent, en particulier pour les chirurgiens-dentistes. Nous sommes en effet constamment sollicités par nos collègues médecins ou pharmaciens à propos de problèmes les préoccupant au quotidien, mais qu'ils ne savent pas résoudre. En cela, le dialogue que nous avons institué me paraît fondamental.

Education thérapeutique du patient et santé bucco-dentaire

Dr Marcel PERROUX

Chirurgien-dentiste, Vice-président, UJCD

Avant d'envisager une ETP, le patient doit disposer d'un bilan et d'une orientation multi-professionnelle si nécessaire. Le bilan dentaire consiste en un examen médical du parodonte, mais il est classé au sein de la CCAM parmi les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie, y compris pour un patient bénéficiant d'une ALD. C'est pourquoi, je souhaite que la négociation conventionnelle, qui aura lieu l'année prochaine, permette d'insister sur ce problème. Sans quoi, nous devons nous interroger sur le nombre de personnes ainsi privées des traitements favorisant une santé de qualité. Or, l'ETP est inutile en l'absence de bilan dentaire.

De même, le rôle de l'assistante dentaire est actuellement flou. Avant d'être considérée comme un professionnel de santé, elle ne pouvait pas accéder à la formation à l'ETP. J'exerce dans une région insuffisamment dotée en personnel médical, mais, l'ETP devant être un travail d'équipe, je ne peux pas envisager de mener une ETP seul, le temps consacré à l'ETP étant alors retiré aux soins.

Enfin, la classification des problèmes bucco-dentaires au sixième rang des complications du diabète constitue une aberration. A l'inverse, le diabète représente la première complication à laquelle notre profession est confrontée et présente le plus grand nombre de problèmes dans le cadre de nos thérapeutiques. La classification des complications du diabète n'est donc pas pertinente et ne permet pas d'offrir au patient des traitements cohérents. La dimension dentaire est très souvent mise à l'écart pour différentes raisons, ce qui est une abomination pour nos patients. La dimension dentaire doit être placée au cœur du problème, avant tout *via* la prise en charge du bilan parodontal par l'Assurance Maladie.

Débat

Dr Christophe LEMAN

Le 17 septembre, nous avons organisé à Amiens un débat interprofessionnel, auquel ont participé des personnes ayant un discours différent sur un même sujet. Un médecin généraliste en a d'ailleurs conclu qu'il n'était plus question de s'occuper d'une pathologie, mais d'un patient. La présence des professionnels de santé témoigne de leur capacité à s'engager dans cette voie. Il importe qu'un patient reçoive un unique message. Par exemple, le message portant sur la santé bucco-dentaire ne doit pas être uniquement diffusé par le chirurgien-dentiste, mais par l'ensemble des professionnels de santé que le patient est amené à rencontrer.

Par ailleurs, j'ai été choqué que soit évoquée ce matin la dimension socio-économique de la situation du patient. Nous devrions plutôt évoquer sa dimension socio-culturelle, la culture du soin étant essentielle. 14 % des personnes programmées sur mon agenda n'honorent pas leur rendez-vous, ce qui constitue un refus de soin.

Dans le cadre du travail que nous avons fourni avec l'InVS, nous avons édité une plaquette destinée à tous les professionnels de santé et leur permettant de délivrer le même message au patient lors de son parcours de santé. Or, je m'interroge sur la possibilité pour les chirurgiens-dentistes de s'inscrire dans le parcours de santé des patients.

Dr Pierre-Olivier DONNAT

En tant qu'élu URPS, votre mission est de participer à l'ensemble des dispositifs relevant de la démocratie sanitaire en région, particulièrement à travers les instances de l'ARS. Aucun secteur ne doit échapper à la présence de l'URPS. Il convient d'occuper le terrain, d'être présent dans toutes les réunions et instances décisionnaires, dans lesquelles le rôle du chirurgien-dentiste est essentiel.

En effet, la pédagogie doit à la fois cibler les institutionnels, les élus locaux, les membres administratifs de l'ARS et les patients. De même, nous devons revoir l'image du chirurgien-dentiste que nous véhiculons et la moderniser. Nous devons nous débarrasser des images d'Epinal nous collant à la peau.

Un intervenant

Vous avez évoqué une expérience de formation initiale en ETP. Comment les étudiants ont-ils vécu l'initiation à l'ETP ? Ont-ils considéré que l'ETP faisait partie de leur mission ?

Dr Amélie ODIER

A Nantes, l'ETP est relativement pionnière. Les membres de l'unité transversale d'ETP intervenant désormais dans de nombreux hôpitaux m'ont accompagnée, afin de proposer aux étudiants des ateliers pendant une journée entière. Ils ont été désarçonnés, puisque nous avons utilisé une pédagogie interactive caractéristique de l'éducation thérapeutique. Ils ont travaillé sur des vidéos et élaboré de la matière en groupe.

Notre intervention a eu lieu un vendredi. Or, les étudiants de Nantes font la fête le jeudi soir. Cependant, leur présence était obligatoire. Nous avons mené une évaluation et les retours de 70 étudiants sur 80 ont montré que notre démarche avait été jugée bénéfique, en ce que nous les avons sensibilisés au concept de l'ETP et qu'ils ont expérimenté son élaboration concrète.

En clinique, au sein de l'unité de parodontologie, nous avons mis en place une démarche consistant en l'établissement d'un bilan des compétences que le patient atteint de MP devait acquérir. Nous avons donc pu présenter aux étudiants les outils créés et les avons invités à en créer d'autres. Ils ont fait preuve d'un élan créatif qui nous a légèrement débordés. Nous étions quatre animateurs pour 80 étudiants.

Nous avons mené cette démarche auprès des étudiants de quatrième et cinquième année, deux années de suite. Puis, mon poste d'assistante hospitalière universitaire s'est achevé. Actuellement, plus aucune action n'est mise en place en la matière, mais deux promotions ont pu en profiter. Une personne à Nantes m'a d'ailleurs fait part de sa rencontre avec un étudiant ayant été formé à l'ETP à l'université et en ayant mesuré l'impact.

Dr Jacques WEMAERE

La volonté de créer une culture commune entre les professionnels de santé pourrait-elle être concrétisée à travers l'ETP ?

De plus, le patient est situé au centre du système et tirailé entre les différents professionnels de santé. Il est même parfois le vecteur de l'information, d'autant plus lorsqu'il a affaire à la médecine de ville et à la médecine hospitalière. A travers l'ETP, pouvons-nous imaginer de créer de réels ponts entre les professionnels de santé libéraux et la médecine hospitalière ? En effet, nous constatons aujourd'hui une fracture entre les deux mondes, ce qui ne permet pas d'optimiser la prise en charge des patients.

Dr Pierre-Olivier DONNAT

Actuellement, les réseaux d'ETP de l'hôpital et les réseaux d'ETP libéraux se trouvent en situation de concurrence, alors que chacun a à apprendre de l'autre. Un message d'union et de transversalité complète doit être porté. Pour autant, les contraintes en matière de financement favorise un système concurrentiel, des fonds étant orientés dès le départ et les restes étant ensuite distribués à l'innovation, l'expérimentation et le lancement de nouveaux projets.

Quoi qu'il en soit, l'ETP reste un levier efficace pour rassembler les professionnels de santé autour d'un projet commun. Les ARS promeuvent les maisons de santé pluridisciplinaires, dans lesquelles toutes les professions de santé sont représentées. En effet, l'intérêt pour les pouvoirs publics de gérer une entité similaire à une annexe de l'hôpital local est évident. Les pouvoirs publics reconnaissent donc également l'importance de la transversalité.

Dr Jacques WEMAERE

Dans un contexte démographique professionnel difficile, l'ETP prend du temps, à la fois en termes de formation et de prise en charge du patient. Or, les patients attendent de plus en plus longtemps pour obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin. C'est pourquoi, la mise en place d'un système supplémentaire peut paraître chronophage, d'autant plus qu'il n'est pas encore rémunérateur car non reconnu.

Dr Amélie ODIER

Les freins à la mise en œuvre de l'ETP sont effectivement présents et ancrés. De plus, mon expérience initiale de terrain en matière d'ETP ne relevait que des contextes institutionnel et hospitalier, dans lesquels des difficultés existaient aussi. Cependant, en tant que formatrice, j'ai été amenée à travailler avec des professionnels libéraux, en particulier des pharmaciens et des infirmiers, pendant huit après-midis. Nous avons adopté la formation à leurs contraintes professionnelles en l'organisant les jours au cours desquels ils pouvaient se permettre de s'absenter.

Or, je retiens principalement leur grand isolement et leur fatigue face aux contraintes, notamment temporelles, et aux exigences des patients. Les pharmaciens participaient à la formation en raison des entretiens pharmaceutiques qu'ils doivent réaliser. Si nous étions amenés à effectuer de tels entretiens dans le cadre de nos consultations parodontales, nous pourrions alors dégager du temps pour les consultations des patients atteints de maladie chronique.

Le temps que les professionnels de santé ont accordé à la formation leur a apporté un enthousiasme et un nouvel élan pour modifier leur posture professionnelle, se ressourcer et redonner du sens à leurs pratiques. Depuis que je ne travaille plus à l'hôpital, je considère que la vie professionnelle du chirurgien-dentiste est très difficile. De même, notre lien avec le patient est altéré par les contraintes matérielles et temporelles. En tant que praticienne, ma relation aux patients perd de son sens. Dans ce contexte, l'ETP constitue un prétexte nous permettant de nous accorder du temps et de revoir notre posture professionnelle.

Actuellement, nos pratiques relèvent essentiellement du curatif, alors que les patients ont besoin d'écoute et d'attention. Des études canadiennes montrent que lorsqu'un médecin accorde deux minutes supplémentaires et une écoute active à un patient, il obtient de bien meilleurs résultats en termes d'observance du traitement et d'implication du patient.

C'est pourquoi, il est essentiel de vous demander si vous n'effectuez pas déjà de l'ETP, afin de valoriser le temps que vous accordez à cette démarche. La mise en place d'une ETP commence par l'établissement d'un diagnostic éducatif, notamment à travers la révision de l'entretien de la première consultation du patient. Lors de l'entretien, il est possible d'accorder un moment à la dimension psycho-sociale du patient, à son vécu de la maladie et à ses ressources, ainsi que d'envisager la manière de l'impliquer davantage dans son traitement. Une telle démarche aura des effets bénéfiques et des effets collatéraux positifs dans la prise en charge globale du patient qui se sera senti entendu.

L'ETP ne doit rien ajouter à notre pratique, mais contribuer à la recentrer sur sa dimension éducative et relationnelle. L'ETP est intégrée au soin, lors duquel je passe cinq minutes à évaluer la compréhension du patient quant aux signes d'alerte de sa maladie et quant au comportement à adopter.

Dr Pierre-Olivier DONNAT

Il est aussi possible d'envisager un mode collectif de l'ETP. Dans le cas des maladies chroniques comme le diabète, nous entretenons un autre rapport avec les patients dans le cadre d'un groupe. En effet, une dynamique particulière s'y crée dans le groupe, permettant de lever les obstacles parfois présents lors d'un échange individuel.

En outre, l'ETP peut être réalisée hors du cabinet. Le praticien change alors de rôle : il n'est plus le soignant qui fait mal aux dents et au portefeuille du patient, mais qui apporte différentes connaissances au patient dans le cadre d'un contrat éducatif et d'un échange avec le patient. Ce dernier ne fait alors plus face à une blouse blanche, face à laquelle il peut se sentir dominer.

Dr Jacques WEMAERE

Les objets connectés peuvent être des outils utiles au service du patient.

Dr Pierre-Olivier DONNAT

Oui, mais la dimension relationnelle restant essentielle, du présentiel doit être maintenu.

Dr Jacques WEMAERE

Certains outils permettent aux patients diabétiques d'être en relation directe avec leur praticien. Ils répondent à une demande très spécifique.

Dr Pierre-Olivier DONNAT

Nous souhaitons que le patient s'approprié sa pathologie.

Dr Jacques WEMAERE

Quoi qu'il en soit, ce type d'outils se développe beaucoup actuellement, en particulier aux Etats-Unis. Cette évolution pose la question du « *big data* », celle du contrôle de certaines pathologies et celle de la place du soignant.

Dr Pierre-Olivier DONNAT

En tant que professionnels de santé, nous ne visons pas à surveiller en permanence les taux de glycémie et ou de triglycéride du patient. Au contraire, nous lui donnons les outils lui permettant de s'approprier sa pathologie et de la faire évoluer favorablement. Les propos tenus au cours de la matinée ont prouvé que les actes effectués par le chirurgien-dentiste peuvent techniquement améliorer l'état de santé du patient. Cependant, les connaissances que le patient acquiert concernant sa pathologie lui permettent également de la prendre en charge de façon beaucoup plus optimale. Si les objets connectés peuvent être utiles, ils ne me semblent pas pouvoir se substituer à la relation que le patient doit avoir, de façon individuelle ou collective, avec les professionnels de santé.

Dr Hélène RANGE

La MP est évidemment une maladie chronique, un parallèle étant souvent effectué avec le diabète. Toutefois, à la différence du diabète, une MP peut se traiter et être soignée : le patient peut être guéri. En outre, l'importance de l'ETP confirme la nécessité d'effectuer un bilan parodontale, mais met également en exergue la relation que doit entretenir le professionnel de santé avec le patient pour pouvoir évaluer sa maladie. Si l'outil connecté peut être utile aux diabétiques et au suivi de leur glycémie, il ne peut servir au chirurgien-dentiste qui doit traiter son patient directement pour sa parodontite. Or, cette dernière ne nécessite pas de suivi quotidien.

Une intervenante

Nous avons évoqué la formation des professionnels de santé, mais pas celle du patient. Comment ce dernier peut-il recourir à l'éducation thérapeutique ? Cette dernière peut-elle lui être prescrite ? Les prescripteurs devraient être les médecins, à condition qu'ils soient suffisamment informés sur le sujet.

Dr Pierre-Olivier DONNAT

Nous ne rencontrons pas de problème de recrutement, les patients étant très demandeurs, notamment par le biais des associations de patients qui sont omniprésentes. Les personnes fréquentant les ARS savent par exemple que, lors des CRSA, 80 % des personnes présentes représentent les patients, contre 4 % de professionnels libéraux. Le poids des associations dans la démocratie sanitaire n'est donc plus à prouver.

Quant au recrutement des patients, le médecin généraliste peut faire partie d'un réseau d'ETP ou est susceptible d'orienter son patient vers un réseau d'ETP. La majeure partie de la rémunération du médecin ne relève pas d'actes techniques, mais de la manière dont le patient est globalement traité, au-delà de la prescription et des indicateurs liés au traitement clinique.

Le médecin généraliste joue le rôle de plaque tournante au sein du parcours de soin. De même, le chirurgien-dentiste connaissant la pathologie de son patient peut lui apporter une place-value en lui proposant d'adhérer à un dispositif d'ETP existant à proximité, d'autant plus que le réseau est souvent constitué de façon locale. C'est pourquoi, tout praticien est susceptible d'orienter ses patients vers les réseaux constitués de professionnels réunis autour d'un objectif commun, à savoir aider et prendre en charge le patient diabétique par exemple.

Dr Amélie ODIER

La HAS dispose que le soignant connaissant l'existence un programme d'ETP peut en informer son patient. Cependant, si ce dernier n'est pas volontaire, il n'est pas obligé d'y participer. Parallèlement, dans tous les milieux hospitaliers, l'ETP est de plus en plus mise en œuvre dès lors qu'une maladie chronique est en jeu.

Une intervenante

Je parlais de la médecine ambulatoire. De plus, il est difficile d'introduire l'ETP aux formations universitaires et de la faire reconnaître comme un élément essentiel à intégrer aux soins. De même, si un généraliste ne sait pas ce qu'est l'ETP, il ne peut pas la prescrire à un patient ou lui en parler.

Dr Amélie ODIER

Le problème se posait il y a cinq ans. Désormais, l'ETP entre dans les mœurs et est de plus en plus utilisée pour répondre aux patients souffrant de chronicité. Bientôt, les patients solliciteront les professionnels de santé sur le sujet.

Conclusion

Dr Sophie DARTEVELLE

Présidente de l'UFSBD

Je vous remercie d'avoir assisté et participé activement à ce colloque particulièrement intéressant. Je remercie les conférenciers issus d'univers très différents pour leur grande qualité et leurs approches complémentaires, ainsi que le Dr Jacques WEMAERE, chargé de l'organisation du colloque.

Je retiendrai le rôle du chirurgien-dentiste en tant que sentinelle et acteur, que ce soit en termes de prévention ou dans le diagnostic des pathologies chroniques. Son rôle doit être reconnu et il doit prendre toute sa place dans le parcours santé des patients, même si un certain nombre de freins notamment financiers ont été mis en évidence

Nous devons former et informer les autres professionnels, médecins, pharmaciens, professionnels de santé sur les liens entre la santé bucco-dentaire et la santé pour qu'ils pensent à inclure le chirurgien-dentiste dans la prise en charge de leurs patients.

Parallèlement, nous devons continuer d'agir en faveur de l'éducation à la santé de tous les patients, afin qu'ils soient informés, vigilants, co-responsables et maîtres de leur santé.

Nous avons constaté la volonté et l'implication des associations de patients sur le terrain. Nos objectifs respectifs me semblant aller dans le même sens, nous avons intérêt à travailler ensemble.

En outre, il serait intéressant d'initier une réflexion sur de nouveaux métiers au sein de notre profession, mais aussi d'autres professions médicales. Une telle réflexion fait d'ailleurs partie du chantier de la nouvelle loi de santé. C'est pourquoi, il importe que nous y participions, aux côtés des associations de patients.

Je retiens le souhait d'Annie Podeur, secrétaire général du CESE, de passer d'une médecine de soin à une médecine de prévention. Plutôt que de nous battre sur la question de la tarification, nous devons encourager une réforme complète et structurelle de la prise en charge de la santé axée sur la prévention davantage que sur le soin.

J'ai l'habitude d'appeler de mes vœux lors de mes contacts avec les institutionnels le remplacement de l'assurance maladie par l'assurance santé. Cela peut paraître anodin, mais cela nous aiderait à réfléchir à une approche différente de la prise en charge globale de la santé de nos patients.

Docteur Jacques WEMAERE

Vice-Président de l'UFSBD

Pour conclure, je citerai Jean Jaurès : « *On n'enseigne pas ce que l'on sait ou ce que l'on croit savoir, on enseigne et on ne peut enseigner que ce que l'on est.* »