

PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE ET HANDICAP LA e-SANTÉ UN VÉRITABLE ATOUT !


**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

*Sous le patronage du Ministère
de la Santé et de la Prévention*

Avec le soutien de



En collaboration avec



Le vendredi 21 octobre 2022

PariSanté Campus

Salle Rotonde – 2-10 Rue d'Oradour-sur-Glane – 75015 Paris



LES ACTES DU COLLOQUE



SOMMAIRE

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

Inauguration du Colloque par le Ministre de la Prévention et de la Santé	4
Ouverture du Colloque	
« L'accès à la santé passe nécessairement par la prévention »	7
Le programme ORALIEN – l'alliance entre proximité et télésurveillance pour accompagner santé bucco-dentaire, un élément du parcours coordonné	9
<i>Aidants et Patients Handicapés dans l'amélioration de l'Hygiène et du Suivi Dentaire La Genèse du Programme Oralien - Pourquoi et Comment ?</i>	<i>9</i>
<i>Retour d'expérience : Le déploiement du Programme Oralien dans le champ du handicap</i>	<i>13</i>
<i>Quel est l'apport de la télésurveillance dans le Programme de Prévention Oralien ?</i>	<i>17</i>
<i>La Supervision Humaine de l'Intelligence Artificielle – ou comment s'assurer que la technologie sert au mieux la santé des patients ?</i>	<i>19</i>
Littératie et accès à la santé bucco-dentaire : le duo gagnant	
SantéBD : des outils pédagogiques pour comprendre et prendre soin de sa santé !	24
L'e-learning un formidable atout pour former les aidants professionnels	
Investir dans la e-formation en offrant des savoirs agiles / accessibles et interactifs	25

État du parcours de soin de la personne en situation de handicap	31
<i>Présentation des résultats du Baromètre Handifaction</i>	31
<i>Prise en charge des enfants et des adolescents</i>	35
Comment travailler ensemble : L'Apport de la e-santé dans le Parcours de santé (Table ronde)	37
Conclusion	56
 Annexe	 58



Dr Benoît PERRIER

Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

« Nous sommes ravis d'avoir rejoint, cette année, l'écosystème de PariSanté Campus, dédié à faire grandir l'e-santé.

Être positionnés au sein du système de l'e-santé est une démarche importante pour bien inclure la santé dentaire dans la santé globale. C'est notre leitmotiv à l'UFSBD : on ne peut pas avoir une bonne santé si l'on n'a pas une bonne santé bucco-dentaire.

Être présents ici avait un sens évident, et nous avons pris pour cela rapidement attache avec le Professeur Antoine TESNIERE juste avant l'ouverture du site.

Ce colloque est consacré aux liens entre la santé bucco-dentaire des personnes vivant avec un handicap et le développement de l'e-santé. Plusieurs intervenants vont pouvoir nous éclairer et débattre sur ces différentes préoccupations et attentes.

Avant, je laisse la parole à M. François BRAUN, Ministre de la Santé et de la Prévention. »

Inauguration du Colloque

Dr François Braun – Ministre de la Santé et de la Prévention

(Message vidéo enregistré)

Prise de parole/seul le prononcé fait foi

« Mesdames, Messieurs.

Personne ne peut dire qu'il est en bonne santé s'il n'a pas une bonne santé dentaire. Je ne peux être présent aujourd'hui, mais il est important pour moi de pouvoir ouvrir ce colloque de l'UFSBD qui porte sur des thématiques me tenant particulièrement à cœur, que sont la prévention, l'accès aux soins des plus vulnérables et l'innovation numérique en santé.

Ministre de la Santé et de la Prévention, je sais tout autant que vous que les pathologies bucco-dentaires sont en grande partie évitables à condition d'adopter, dès les premières années de vie, des comportements favorables à sa santé. Les gains humains d'une politique de prévention ambitieuse en la matière sont alors considérables.

À ce titre, je tiens à saluer la constance de votre mobilisation. Vous êtes, en effet, un organisme entièrement dédié à la prévention, qui développe depuis plus de cinquante ans des actions essentielles de sensibilisation et d'information à l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire. En particulier auprès des publics présentant des vulnérabilités spécifiques et qui rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins.

En effet, l'état de santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap est un enjeu majeur de santé publique et d'intégration sociale. Un enjeu de santé publique dans la mesure où il existe une interaction forte entre l'état de santé global d'un individu et sa santé bucco-dentaire. Cela est particulièrement vrai dans les cas où le handicap peut avoir des conséquences importantes sur les fonctions oro-faciales, augmentant notamment fortement le risque carieux chez les personnes concernées.

Aussi, la mécanique du corps humain fonctionnant par interactions, les pathologies dentaires viennent bien souvent aggraver ou même induire des pathologies générales. On pense bien sûr à la dénutrition, mais aussi au développement des pathologies cardiovasculaires, pulmonaires, infectieuses et j'en passe.

Aussi, quand on sait que les personnes en situation de handicap souffrent tout particulièrement de pathologies parodontales, que 37% d'entre elles présentent des caries permanentes et que le déchaussement dentaire concerne 80% à 90% des personnes avec un handicap mental et que, dans le même temps, nous avons une absence, dans la majorité des structures d'accueil, de prévention collective, de protocole d'hygiène et de prophylaxie, et que 65% des enfants et adolescents handicapés ont besoin de soins dentaires à court terme, je ne peux que refuser cette double peine.

Quand je parle de la refondation de notre système de santé, je sais que ça passe en premier lieu par une lutte exigeante contre les inégalités d'accès à la santé et à la prévention, qu'elles soient territoriales, sociales ou, bien entendu, liées à un handicap ou à une vulnérabilité particulière.

En ce qui concerne la santé bucco-dentaire, ce n'est pas aux personnes handicapées de se conformer à une offre de soins qui n'est parfois pas appropriée. C'est au système de santé de se donner les moyens de soigner chaque patient selon ses besoins.

Aussi, dans le cadre du Comité Interministériel du Handicap, le Gouvernement a mis en place des consultations dédiées au sein des établissements de santé, afin de proposer aux personnes handicapées, souvent confrontées à des situations d'échec des soins, une réponse plus adaptée dans un environnement qui prend en compte les spécificités liées à leur prise en charge.

Je me félicite du fait que, parmi les 61 dispositifs de consultation dédiée déjà en place, et dont le nombre est appelé à se multiplier, 46 d'entre eux assurent une prise en charge bucco-dentaire spécifique. Nous devons continuer de développer et d'améliorer ces prises en charge spécifiques pour qu'aucun de nos concitoyens en situation de handicap, qu'il soit enfant ou adulte, ne reste à l'écart de la santé bucco-dentaire, quels que soient ses besoins.

Pour accélérer notre politique de prévention, les bilans de prévention que nous mettons en place aux trois âges clés de la vie (les tranches 20-25, 40-45, 60-65 ans) consacrent une attention particulière à la prévention bucco-dentaire dans une dynamique d'aller vers les publics les plus fragiles, les plus éloignés de la santé, notamment les personnes handicapées.

C'est un enjeu d'intégration sociale aussi. Le sourire est un enjeu universel, souvent la première chose que l'on remarque. Il est un préalable indispensable de la relation à l'autre, mais aussi de l'estime de soi. Préserver ou redonner un sourire, plein de santé aux personnes handicapées, participe à la construction d'une société inclusive, respectueuse de la dignité de chacun et de chacune.

Votre action recouvre parfaitement ces deux dimensions essentielles matérialisées par votre Charte de 2015, qui acte la mobilisation des chirurgiens-dentistes en faveur de l'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap.

Pour la santé et la prévention bucco-dentaire, comme pour l'amélioration de notre système de soins, l'innovation numérique offre des perspectives enthousiasmantes. L'e-santé est ainsi une priorité de mon action, que je veux résolument tournée vers l'avenir, dans une dynamique de progrès et de véritable transformation de notre système de santé.

Parce qu'elle est un levier à travers l'e-learning pour la formation d'un plus grand nombre de professionnels mais aussi d'aidants pour accélérer leur montée en compétence, notamment dans la prise en charge des publics présentant des handicaps. Mais aussi des exigences de traitements spécifiques liées, par exemple, à des maladies chroniques ou au grand âge.

Parce qu'elle est un levier pour l'accès aux soins, les contraintes matérielles liées à la Covid-19 ont donné une acuité particulière à la nécessité de renforcer la prise en charge dématérialisée et ont permis des accélérations et des avancées notables en la matière. Pour les personnes handicapées, notamment celles qui peuvent avoir du mal à se déplacer ou qui sont sensibles au changement d'environnement, la téléconsultation, la télésurveillance permettent d'amener une médecine intégrée dans leur quotidien, que ce soit en établissement ou à domicile. Elles permettent de repérer les besoins prioritaires et d'organiser au mieux la prise en charge de ces patients aux besoins si particuliers.

Parce qu'elle est, enfin, un levier d'amélioration des parcours de soins, le partage des données, via Mon espace santé, permettra que tous les professionnels impliqués dans la prise en charge d'un patient aient une vision plus globale et donc plus efficace.

Cela est particulièrement nécessaire alors que je rappelais l'impact majeur de la santé bucco-dentaire sur l'état de santé général. Le développement de la télémédecine doit améliorer la prise en charge, en facilitant les rendez-vous quand c'est nécessaire et ainsi optimiser le temps médical des professionnels de santé qui, je le sais, manque dans de nombreux territoires.

Vous avez ainsi, à très juste titre, choisi de consacrer votre colloque à ces aspects majeurs de la prise en charge et de la prévention bucco-dentaire. Mon ministère est mobilisé avec vous dans ces grands chantiers. Et je ne doute pas que nous saurons être à la hauteur de ces rendez-vous collectifs. Je vous remercie et vous souhaite à tous un excellent colloque. »



Ouverture du Colloque

L'accès à la santé passe nécessairement par la prévention

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Le ministre a évoqué un certain nombre de sujets qui sont au cœur de vos préoccupations à l'UFSBD...

Dr Benoît PERRIER

Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

Tout à fait. D'abord, je tiens à remercier le ministre de cette ouverture du colloque. Je vous remercie tous aussi de votre présence à PariSanté Campus et en distanciel. Cette année, on a décidé d'aborder la santé bucco-dentaire des personnes vivant avec un handicap. Parmi nos 22 derniers colloques, nous avons déjà abordé deux fois cette thématique. Ces colloques nous ont permis de poser les bases de nos actions et, notamment, de valider le fait que le premier levier est toujours la prévention. Face à des pathologies évitables, liées à des déterminants du quotidien, l'action préventive a tout son sens. Du sens pour éviter d'être malade. Du sens aussi en cas de pathologies. Car la prévention est le début du traitement, reminéraliser, diminuer l'inflammation par des gestes du quotidien, est la première étape curative.

Oui, c'est possible de vivre avec un handicap, et d'avoir un risque modéré. C'est plus qu'une ambition, c'est une réalité dans les structures qui portent ces actions depuis plusieurs années, par exemple dans ma région, avec un réseau dédié uniquement à la prévention, à travers Acsodent, où on a, sur les territoires, une santé dentaire qui a complètement changé pour la population.

Il est nécessaire de sanctuariser la prévention. Le Gouvernement l'a acté. Car, en effet, quand on parle de santé, on entend souvent « soins » et la prévention passe à la trappe. Nous portons cette philosophie depuis notre création : sanctuariser la prévention en une entité à part entière est une priorité.

Je souhaite souligner l'engagement de la profession, notamment à travers la déclinaison odontologique de la charte Romain Jacob. On l'a menée avec Pascal Jacob et en association avec l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes et les syndicats professionnels.

Je tiens d'ailleurs à remercier particulièrement le Conseil national de l'Ordre pour son soutien institutionnel à ce colloque aujourd'hui, ainsi que l'implication des référents handicaps dans les départements, qui sont engagés quotidiennement dans l'orientation des patients ayant besoin d'une prise en charge spécifique.

Ces dernières années, on a vu arriver une forte digitalisation de la santé, qui a commencé bien avant la Covid-19. La prévention en bénéficie aussi largement – c'est l'objet de ce colloque. On ne va pas faire de plan aujourd'hui sur la comète.

On va parler de solutions concrètes, actuellement disponibles, qu'on a notamment co-développées pour certaines, et qui ne demandent qu'à être utilisées largement. Car l'innovation n'est utile que si elle est accessible et déployée partout. Se pose tout de même un problème : la solvabilisation de la prévention collective et individuelle. Un enjeu dont on rediscutera.

Je tiens à remercier PariSanté Campus, notamment le professeur Antoine Tesnière, directeur, qui est notre hôte.

Pr Antoine TESNIERE
Directeur Général de PariSanté Campus

Je voulais vous souhaiter la bienvenue et vous dire à quel point je suis heureux d'accueillir ce XXIII^e Colloque aujourd'hui, au sein de PariSanté Campus, au cœur de l'écosystème, au propre comme au figuré. Et à quel point la santé bucco-dentaire et, de façon plus générale, la filière dentaire, pour nous, est au cœur de l'écosystème.

PariSanté Campus, c'est la volonté du Gouvernement de mettre en place des outils et, surtout, un lieu pour rassembler tous les acteurs autour de la santé numérique, que ce soient des soignants, des chercheurs, des étudiants, le milieu académique qu'on connaît bien, que ce soient également des acteurs du système privé, notamment des start-up, des entreprises ou des grands groupes avec les agences sanitaires et les institutions qui vont accompagner cette dynamique d'écosystème.

L'enjeu, c'est d'arriver à travailler tous ensemble, à se rencontrer, à se connaître et à comprendre les complémentarités qui peuvent être portées pour accélérer le développement du numérique en santé. Ça été souligné par le ministre et le président de l'UFSBD, on voit des perspectives enthousiasmantes.

L'enjeu, autour de cette activité d'innovation qui s'accélère en permanence, c'est surtout de la transformer en usage. On voit à quel point on a besoin de maturité des écosystèmes, de compréhension partagée et d'impact pour les patients et les citoyens. À un moment où le Gouvernement et le ministère de la Santé – dont le nom incarne bien l'ambition en termes de prévention – ont la volonté de développer ces modèles.

En ce sens, ce qui a été fait par l'UFSBD et de façon plus générale dans la santé bucco-dentaire, est un modèle exceptionnel et exemplaire de prévention qui doit inspirer d'autres modèles dans d'autres activités, en mettant la notion d'activité spécifique autour de la prévention en avant.

Je suis très heureux de vous accueillir ce matin. J'espère que vous inspirerez tous les membres de l'écosystème, tous les acteurs qui, aujourd'hui, essaient de se tourner vers la prévention pour aider à faire en sorte qu'à travers le numérique les usages quotidiens montent en capacité et remplissent les promesses qui sont devant nous aujourd'hui. Le programme de la matinée incarne bien ces réalités.



Le programme ORALIEN l'alliance entre proximité et télésurveillance pour accompagner aidants et patients handicapés dans l'amélioration de l'hygiène et du suivi dentaire

La Genèse du Programme Oralien - Pourquoi et Comment ?

Dr Anne ABBÉ DENIZOT

Vice-Présidente de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

Les pathologies bucco-dentaires sont évitables. Elles sont principalement des maladies d'origine bactérienne. Elles arrivent quand la flore buccale est devenue pathogène. Si une pathologie apparaît, c'est le signe d'un déséquilibre de vie dans le quotidien. Les premiers actes préventifs mais aussi curatifs seront les gestes quotidiens, l'hygiène buccale et alimentaire.

Quels sont les enjeux ? La santé générale ! Être en bonne santé, surtout quand on vit avec un handicap, c'est important. Les interactions entre santé générale et santé bucco-dentaire ne sont plus à démontrer. Elles sont nombreuses, liées au risque infectieux et à l'inflammation systémique.

Les leviers sont connus. Le premier se situe en lien direct avec la personne : l'hygiène alimentaire, l'hygiène bucco-dentaire, la fluoruration et le suivi chez son chirurgien-dentiste. Le second levier, c'est la formation des aidants, professionnels et familiaux, et le dépistage. La question, c'est comment maintenir ces leviers dans le temps, comment soutenir les efforts de chacun sur le long terme.

L'e-santé est-elle une piste d'amélioration ? Quels sont ses bénéfices ? La télé-expertise est utile mais elle prend du temps et elle a un coût. Finalement, l'UFSBD, consciente que le dépistage en face-à-face est un vrai gain par rapport à nos actions de prévention dans les établissements, s'est interrogée sur la manière d'améliorer tout cela.

Le hasard des rencontres a permis la mise en contact avec une start-up française, devenue une licorne depuis : DentalMonitoring. En son sein, Philippe Salah et Thomas Pellissard ont développé un dispositif de surveillance de santé dentaire, notamment pour le suivi à domicile des patients en soins orthodontiques.

Sophie Darteville, notre présidente de l'époque, les a challengés, leur demandant s'ils pouvaient utiliser les paramètres développés autour de l'hygiène, pour des populations aux besoins spécifiques. Après un essai sur le terrain, ensemble et très positif, nous nous sommes rendu compte de l'intérêt du système de surveillance pour la santé orale, et particulièrement sur les patients vivant avec un handicap.

On a voulu ensuite comparer les éléments par rapport aux dépistages qui avaient prouvé leur intérêt en santé publique, avec la mise en œuvre de la télésurveillance et voir quelles étaient les différences.

Le dépistage est ponctuel et, pour l'organiser, c'est assez compliqué. Il faut mettre en rapport les emplois du temps des établissements, des infirmières, du chirurgien-dentiste qui n'est pas forcément libre. Il faut que les résidents soient là au moment où on vient faire un dépistage – on a quelques surprises parfois. La télésurveillance a l'avantage de se faire plus au fil de l'eau, avec un rythme personnalisé – tous les six mois, tous les trois mois – en fonction de chaque résident.

La qualité de l'observation : le temps d'examen en dépistage est assez limité. Parfois, les patients n'ouvrent pas la bouche très longtemps. Il faut tout noter dans sa tête, bien se rappeler ce qu'on a vu, espérer qu'on a tout vu, avoir quelqu'un qui note au fur et à mesure et comprenne ce qu'on dicte.

La télésurveillance apporte une image stable, prise rapidement, c'est vrai, mais on peut prendre le temps de la regarder. Elle est traçable, on peut revenir en arrière, regarder plus tranquillement. Et on a les comptes-rendus, qui offrent une certaine objectivité. Parfois, on reste influencés par nos critères : on peut s'habituer au handicap et à la pathologie et être moins attentifs.

L'évolutivité : se rappeler six mois avant de ce qu'on a vu, ce n'est pas possible. Alors que la télésurveillance le permet.

La prévention se fait très bien au dépistage, elle est très personnalisée. On a les conseils oraux, on peut faire des prescriptions. La télésurveillance compense cela avec un arbre décisionnel bien calibré.

Comment aller plus loin dans l'accompagnement ? Nos travaux sur les 25 dernières années ont bien montré les leviers d'action, d'autant plus si les personnes sont dépendantes. C'est l'hygiène quotidienne, qui constitue le préalable à toutes nos actions.

Dans les établissements où l'hygiène est mise en place, la situation des résidents s'améliore. On observe une diminution du nombre et de la gravité des atteintes. La prévention, ça fonctionne, c'est démontré ! Pour que cela soit efficace, il est prioritaire de développer l'amélioration des pratiques. Cela passe par l'évaluation individuelle.

À travers l'examen de type OESBD (Outil d'Évaluation de la Santé Bucco-Dentaire), qui est un outil développé à partir de critères internationaux. Ce bilan n'est pas toujours évident à faire, il faut un œil assez exercé malgré tout. Et c'est là, où la place de la télésurveillance va permettre d'avoir un bilan plus fiable, plus représentatif et reproductible.

Les outils de télésurveillance Oralien : un site internet sécurisé qui respecte toutes les règles sur les données de santé. Et un simple smartphone – un objet du quotidien, c'est tout l'intérêt – avec l'application Oralien, ainsi qu'un adaptateur pour faire des scans. Les données recueillies sont anonymisées, cryptées, réceptionnées sur le serveur, sécurisées. Les scans, tous les six mois ou plus, si on en a besoin.

Les données recueillies, ce sont des vidéos. Et un certain nombre de questions qui vont nous permettre de préciser certains points. On va les poser aux accompagnants et à la personne en situation de handicap.

Les étapes : on commence par prendre la photo. Un geste simple, qui ne surprend pas les personnes et permet d'établir un contact avec elles. Nos patients sont même contents, font des sourires et ça se passe très bien. Quoi de plus ordinaire ?

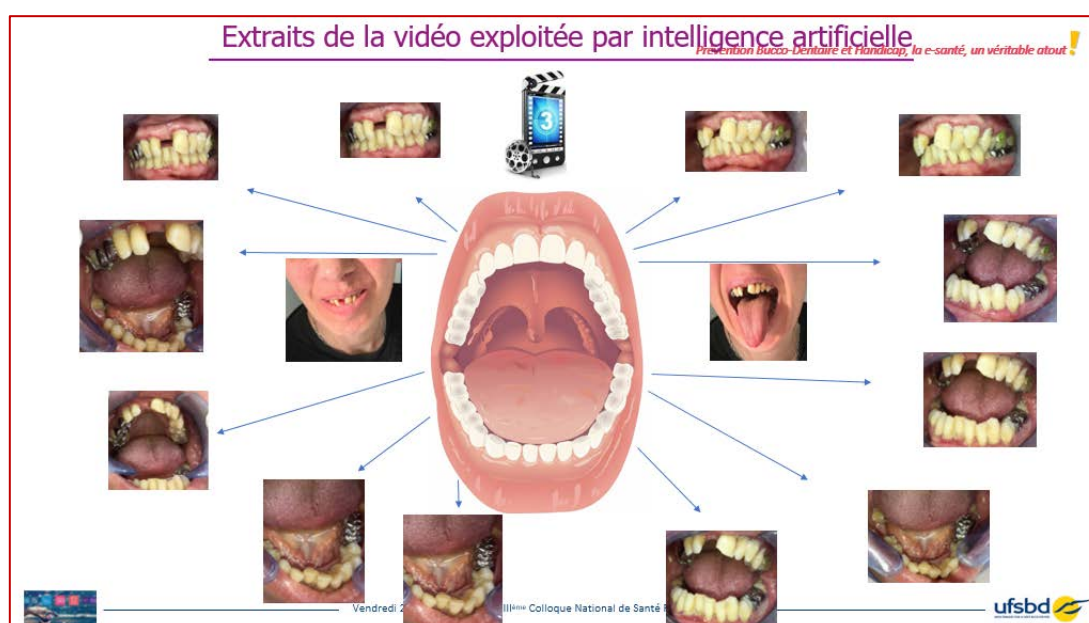
L'application va ensuite guider le référent.

À chaque étape, la personne qui prend les scans a des indications assez précises qui lui permettent de suivre l'application sans difficulté.

À la fin, les images sont transmises immédiatement sur le serveur sécurisé. Elles ne restent pas sur le téléphone. Ça nous fournit un panorama assez complet. À condition que le résident veuille bien se laisser faire. Mais avec l'habitude, ça devient un geste facile à mettre en place.

On constitue un panorama plutôt complet. Après, on l'envoie sur le site d'Oralien. Puis, on reçoit une analyse des données, avec des résultats contrôlés par un chirurgien-dentiste, et des recommandations envoyées sur le tableau de bord de l'établissement.

Tous les critères de l'observation infirmière sont abordés.

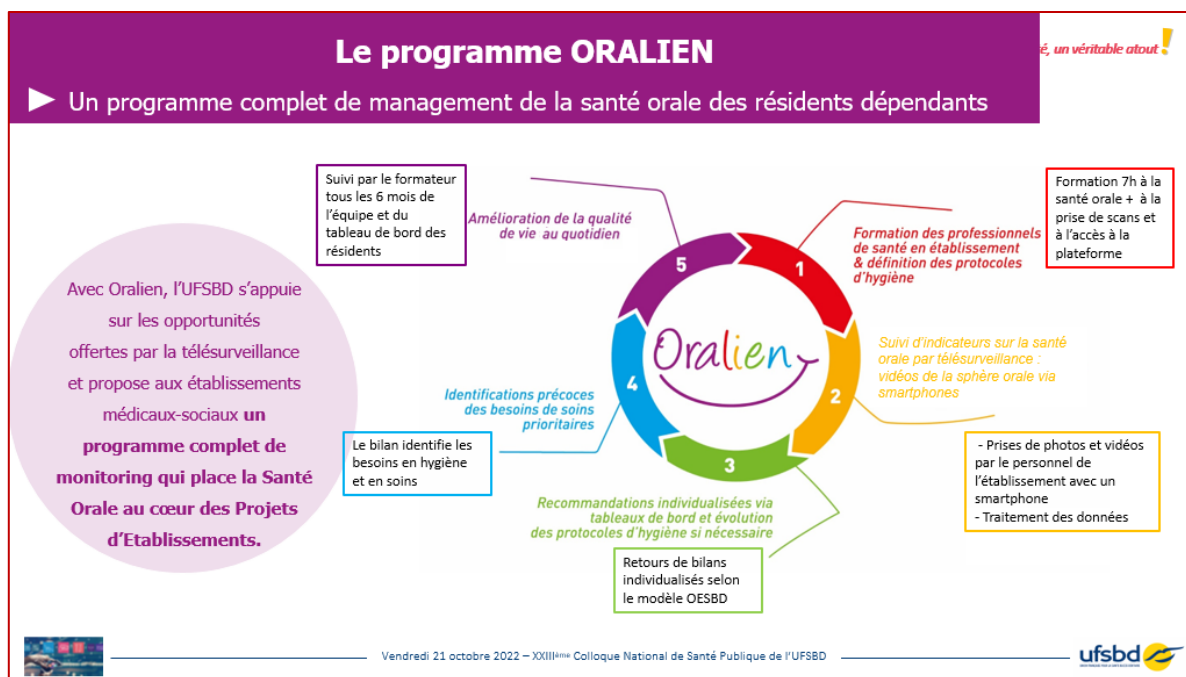


Oralien, ce n'est pas juste un téléphone qui envoie des images, c'est un programme d'accompagnement complet qui allie formation et technologie. Il permet de soutenir avec pertinence le suivi des résidents.

Je pense qu'on n'aurait pas intégré Oralien sans la formation et l'accompagnement. Oralien est un moyen supplémentaire.

Mais à l'UFSBD, cela fait longtemps qu'on enseigne et pratique cette roue de Deming qui permet d'améliorer les pratiques (recommandations, bilan, suivi par le formateur, peut-on améliorer l'hygiène de la personne, son protocole...).

On ne peut pas installer Oralien sans la formation. Si les personnes ne sont pas persuadées de l'utilité de mettre l'hygiène bucco-dentaire en place, quoi qu'on mette en œuvre, on n'aura pas le résultat escompté. Pour moi, c'est très important de faire l'ensemble du programme, pas simplement utiliser un téléphone.



L'apport de la télésurveillance, c'est assez évident :

- bénéficier d'un regard professionnel avec un dentiste dans la poche, pourrait-on dire ;
- des conseils individualisés avec les protocoles ;
- une spécificité de la prise en charge qui va nous permettre de faire plus ou moins de scans ou d'en démarrer un parce qu'on a une raison précise ;
- comparer les données dans le temps ;
- un partage possible avec les équipes de suivi et les professionnels du soin, c'est important.

Je voudrais ajouter mon propre sentiment par rapport à ce programme.

Pour moi, l'UFSBD est impliquée depuis très longtemps dans le handicap. On forme les aidants professionnels au sein des établissements. J'ai participé aux toutes premières formations, ce n'était pas toujours facile.

On est devenu beaucoup plus professionnels.

Nous formons les aidants professionnels au sein des établissements afin qu'ils intègrent l'importance de la prévention en matière de santé orale et qu'ils mettent en place des protocoles d'hygiène bucco-dentaire quotidiens, adaptés et pertinents. C'est important d'adapter les méthodes de brossage.

Nous ne pouvons pas dire que nous brossons les dents de tout le monde. Nous allons trouver des moyens d'améliorer leur hygiène.

Si je dis demain que nous allons brosser les dents de tout le monde, vous allez me dire « non mais... ça ne va pas !! ». En revanche, établir un protocole adapté à chacun, cela, c'est possible !

Ces gestes du quotidien sont la clé pour permettre à ces résidents de rester en bonne santé avec des améliorations évidentes sur leur qualité de vie. Et dans le handicap, on a une qualité de vie, c'est très important de l'avoir en tête.

Évidemment, quand je vous dis « brossez-vous les dents », ça paraît déconnecté du réel, parce que ça paraît simple. Pourtant, il en faut de l'énergie et de la constance pour accompagner ce public particulier. Nos actions de formation des équipes soignantes et encadrantes portent leurs fruits. Mais pour autant, le suivi de la santé bucco-dentaire et l'observation restent un challenge difficile pour les équipes.

Le programme Oralien m'a enthousiasmé – je suis sincère – parce qu'il permet de soutenir les équipes, de valoriser le travail de suivi réalisé au quotidien. En plus, il offre l'opportunité de la télésurveillance à chaque résident, grâce à un bilan personnalisé.

Quand il y a des besoins de soins, ils sont bien plus faciles à programmer parce que l'on peut partager les données en amont entre l'établissement et le praticien traitant. Surtout, du fait de l'alerte, on peut soigner beaucoup plus tôt. Donc, meilleure hygiène, des soins précoces, donc moins de soins ou tout au moins des soins plus accessibles car pris assez vite. Que du positif !

Retour d'expérience : Le déploiement du Programme Oralien dans le champ du handicap

M. Didier GADEL

Directeur du Pôle Habitat Projet et Cadre de Vie – Association Aller plus Haut

Association affiliée au réseau Unapei, Aller plus haut œuvre dans le champ du handicap mental.

Le public que nous accompagnons est accompagné par 26 établissements/services de différents types, de la petite enfance au grand âge – même si, pour l'instant, nous n'avons pas d'établissement dit « médicalisé ».

Nos professionnels les font vivre avec une abnégation sans faille. Leurs missions sont pluridisciplinaires, en lien notamment avec les actes de la vie quotidienne.

Les actes de la vie quotidienne ont un prisme d'intervention très vaste, qui peut aller de l'accompagnement à la prise de traitement, au petit-déjeuner, à la douche, aux activités de jour, aux rendez-vous... Et l'un des points sur lequel nous avons tout de suite senti que nous aurions besoin d'aide, c'est l'hygiène bucco-dentaire, puisqu'elle fait partie du champ des actes de la vie quotidienne.

Les formations initiales des professionnels qui interviennent dans nos structures sont celles d'éducateurs spécialisés, d'AMP, qu'on appelle maintenant AES (accompagnant éducatif et social), de moniteur-éducateur, etc.

Nous n'avons pas de dotations soins via l'ARS. La formation spécifique aux soins dentaires est donc survolée. C'est peut-être un champ d'amélioration à prévoir auprès des centres de formation.

L'hygiène bucco-dentaire est pourtant essentielle pour les personnes que nous accompagnons. On parlait tout à l'heure de qualité de vie, de santé...

Or, le public que nous accompagnons ne manifeste pas forcément son besoin d'avoir des soins dentaires. Pour plusieurs raisons, notamment le fait que la compréhension peut être diminuée par l'utilisation de moyens de communication différenciée, dite « alternative ». Le seuil de douleur peut être aussi beaucoup plus élevé chez certaines personnes accompagnées. Et puis, ce qu'on appelle les besoins exprimés sont parfois extrêmement ténus. Ils sont la combinaison des deux précédentes causes auxquelles je faisais écho.

Ensuite, l'hygiène bucco-dentaire – et je me mets du côté des professionnels – peut être jugée très intrusive par les professionnels. Et je peux les comprendre. Il y a ceux qui peuvent, ceux qui ont des difficultés à faire ce geste – on ne va pas tous les jours dans la bouche des personnes. Et surtout, son caractère intrusif peut mettre à mal le lien de confiance entre les professionnels et les personnes accompagnées.

Face à ce constat, Anne Abbé-Denizot est venue me voir : « On peut tenter une expérience, est-ce que ça t'intéresse ? ». J'ai dit « oui, fonçons ». Cette expérience aujourd'hui porte sur 34 patients en foyer d'hébergement, âgés de 20 à 60 ans, et 25 patients en foyer de vie de 20 à 69 ans.

Les enjeux.

Pour les personnes accompagnées, il s'agit d'assurer une bonne hygiène dentaire malgré le handicap. Ce que j'appellerais une compensation, gage d'une meilleure santé et d'une meilleure qualité de vie. Éviter des visites chez les dentistes.

Certains ont peur et ont besoin d'une prémédication. Je préfère d'autres formules d'accompagnement comme le snoezelen, le shiatsu, la détente, pour éviter de prémédiquer les personnes. Mais parfois, on n'a pas le choix.

Et il peut même être nécessaire de pratiquer une légère contention. Ce qui peut être choquant pour la personne, pour les professionnels ou les personnes qui interviennent, les dentistes. L'idée, c'est aussi d'anticiper d'éventuelles pathologies bucco-dentaires, source de soins beaucoup plus importants et coûteux pour la Sécurité sociale et les complémentaires santé, et de permettre un suivi, notamment dans des zones blanches, en matière de soins dentaires.

La télésurveillance permet de répondre à un besoin, c'est une réalité.

N'oublions pas que les personnes que nous accompagnons ont des traitements, qui peuvent avoir des effets indésirables sur la dentition. Ce qui nécessite d'avoir un suivi bien plus important que le quotidien des citoyens. C'est la double peine.

On est en situation de handicap, on rencontre des difficultés à trouver un spécialiste. Et si l'on vit en zone blanche, on n'a pas de suivi. Un cocktail détonnant qui peut donner lieu à des situations d'hygiène bucco-dentaire alarmantes.

Pour les professionnels, il y a des enjeux aussi. On l'a mesuré avec les équipes : disposer d'un outil performant à l'hygiène bucco-dentaire qui reste un acte de la vie quotidienne, faciliter l'acte de surveillance du brossage de dents en allégeant le côté intrusif.

L'aspect ludique est un point très important. Aujourd'hui, les résidents qui ont mis du temps à accepter le dispositif demandent « quand est-ce que j'ai ma photo ? ».

Oralien sensibilise les professionnels, qui s'en servent aussi pour valoriser les progrès réalisés par les personnes en situation de handicap. Et c'est un atout dans le pilotage du projet personnalisé. L'idée n'est pas que les professionnels brossent les dents. Pour certains, ce sera peut-être le cas.

Mais c'est aussi que les personnes parviennent à une autonomisation dans l'acte de brossage des dents. Cela nécessite des outils divers et variés : une brosse à dents avec double brosse par exemple pour n'oublier aucune surface.

La formation est nécessaire. Il ne s'agit pas juste d'apprendre à manipuler un téléphone – surtout avec les nouvelles générations – mais de sensibiliser, par exemple, à la prévention via l'alimentation dont le programme comprend un chapitre dédié.

Les familles, elles, sont rassurées sur l'accompagnement dans l'hygiène bucco-dentaire de leurs proches. On leur donne des conseils éclairés lors du retour au domicile familial. Le programme renforce ce que j'appelle le triangle d'or de l'accompagnement : famille, établissement et personne accompagnée.

La mise en œuvre.

Dans les deux établissements, il a fallu présenter le projet auprès des équipes, susciter l'intérêt, ménager le suspense, être dans une dynamique d'explication des enjeux, identifier un référent Oralien – une nécessité pour que quelqu'un porte le projet : dans nos établissements, c'est une aide-soignante qui a endossé ce rôle, et je la remercie de son implication.

Il a fallu également identifier les personnes accompagnées (plutôt celles qui ont des besoins) avec un partenariat rapproché avec le chirurgien-dentiste, qui intègre ce projet. Les personnes accompagnées ont été informées. Ça a été quelque chose d'essentiel.

On a utilisé plusieurs supports, que ce soit le facile à lire et à comprendre (FALC), les pictogrammes... Et on a évidemment utilisé SantéBD, que nous avons déployé au sein de nos structures avec des tablettes, pour aider les équipes à mieux communiquer, expliquer.

Il a fallu aussi recueillir le consentement de la personne accompagnée ou, si elle ne peut pas, de son représentant légal, quand il y en a un. C'est essentiel, le Code de la santé publique est très clair sur ce point. Puis, dernière étape : former les professionnels à la prise de scans mais aussi à la santé et à l'hygiène bucco-dentaire.

Le suivi de la démarche.

C'est un point important. Le programme Oralien a été installé il y a quatre ans. Le rôle du référent est essentiel dans le sens où c'est lui qui va informer, recevoir les notifications, relancer les équipes qui parfois vont oublier la prise de scans.

La motivation peut aussi retomber. Pourquoi ? La crise du secteur médico-social n'échappe à personne. On a du turn-over dans nos équipes. Nous avons besoin aussi de continuer à sensibiliser et à former les personnes qui interviennent dans nos structures.

L'humain est une richesse dans nos établissements, il ne faut pas l'oublier.

Les équipes peuvent être amenées à donner des conseils, via le référent, surtout s'ils sont issus d'une profession médicale ou paramédicale, ce qui est le cas de l'aide-soignante qui intervient dans notre structure.

En ce qui concerne le suivi, il faut continuer à proposer des formations tous les ans ou tous les deux ans dans un établissement pour continuer à sensibiliser les professionnels. On a fait le pari de proposer une formation tous les deux ans pour intégrer les professionnels de nos structures, notamment les nouveaux.

Bien sûr, communiquer en interne sur les effets constatés de l'utilisation d'Oralien est important. L'idée n'est pas de garder pour nous les résultats que les dentistes référents peuvent nous communiquer.

Les équipes comprendront qu'il est nécessaire de continuer le programme s'ils en voient les effets. En l'occurrence, on peut voir que sur les 34 patients, résidant en foyer d'hébergement, une trentaine ont eu un gain en termes d'hygiène bucco-dentaire et de soins. Sur le foyer de vie, 22 sur 25.

Les visites évitées.

Elles sont nombreuses depuis le début de l'expérimentation.

N'oublions pas que c'est un gain de temps. Un gain aussi pour les personnes accompagnées qui n'ont pas eu besoin d'être prémédiquées.

À ce titre, c'est une plus-value dont il faut faire part. Et, bien sûr, communiquer à l'externe, que ce soient les partenaires, les familles ou les organismes de tarification qui nous financent (ARS et conseils départementaux).

Bilan.

C'est une plus-value indéniable pour tous les acteurs du projet personnalisé. Les personnes accompagnées sont suivies au quotidien grâce aux actions et aux conseils ciblés. Non pas une fois par an, à plusieurs reprises selon les scans et parfois même en urgence (si besoin).

Les professionnels sont guidés et donc rassurés. Oralien a permis aux personnes qui interviennent dans nos structures de mieux connaître l'hygiène bucco-dentaire et d'être outillées pour l'accompagner. Ils connaissent, donc ils craignent moins, donc ils pratiquent. C'est une amélioration perpétuelle de la qualité. Les familles aussi constatent les progrès.

Ce bilan est extrêmement positif. Nous n'imaginons pas un retour en arrière, les familles non plus, et nous souhaitons une pérennisation de ce dispositif Oralien au sein de nos structures. Pour ce faire, il est essentiel qu'il soit considéré comme un dispositif de prévention usuel, quotidien par les autorités de tarification (ARS, conseils départementaux), et non pas comme un acte de soins.

La différence est essentielle : si on considère qu'il s'agit d'un acte de soins, il rentre dans un esprit collectif de nomenclature, de prise en charge par l'État au titre de la santé, et peut faire l'objet de rejet de financement par les autorités de tarification.

À mon sens, Oralien, en termes d'identification, peut avoir le même intérêt qu'un dispositif de prévention de chutes pour une personne âgée au domicile ou une personne en situation de handicap, et à ce titre entrer dans le cadre d'un financement par un conseil départemental.

Cette absence de dotation est assez préjudiciable pour l'établissement non médicalisé que je dirige. Mais c'est un fait. Il faut qu'on continue à travailler dans ce sens. Pour aller plus loin, la mise en place pour les personnes en situation de handicap ne doit pas se limiter qu'aux adultes. L'association Aller plus haut plaide, en lien avec le conseil d'administration, pour une mise en place dès le plus jeune âge, notamment dans les IME, pour les ITEP aussi, pour avoir un suivi au long cours.

C'est très bien que ce soit dans les maisons de retraite, je félicite aussi cette avancée. Mais plus on attaquera tôt, mieux ce sera. On gagnera une meilleure hygiène et une meilleure qualité de vie en évitant des actes de soins beaucoup plus onéreux a posteriori.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Vous avez souligné l'importance des effets sur le consentement, 20 ans après la loi Kouchner de mars 2002. Le programme Oralien favorise un consentement libre et éclairé ?

M. Didier GADEL

Tout à fait. Le Code de la santé publique est très clair : on s'attache à prioriser la parole de la personne accompagnée. Après, toute la question réside dans ce qu'on entend par consentement libre et éclairé. Il est nécessaire d'être outillé. SantéBD est un bon outil. Oralien a favorisé l'obtention du consentement. Une personne que nous accompagnons, qui voit l'appareil, se met en position pour ouvrir la bouche, tirer la langue, la rentrer, accepter l'outillage qui permet de scanner : le consentement est clair. Elle serait dans le retrait, ce serait différent.

Quel est l'apport de la télésurveillance dans le Programme de Prévention Oralien ?

M. Thomas PELLISSARD

Chief Operating Officer - DentalMonitoring

société spécialisée dans l'intelligence artificielle dans le domaine dentaire

DentalMonitoring est une société que nous avons créée en 2014 pour le suivi de traitements orthodontiques à distance. Nous avons eu l'idée d'utiliser les smartphones comme outil de contrôle et de communication entre les patients et leur praticien afin de favoriser une visibilité constante sur l'évolution des traitements orthodontiques.

Depuis sa création, DentalMonitoring a beaucoup évolué. En 2017, après trois années de recherche et développement, nous avons commencé la commercialisation de la première plateforme digitale pour le suivi orthodontique. Entre 2018 et 2019, nous avons mis au point un système complémentaire capable de faciliter un prédiagnostic à distance en repérant automatiquement vingt critères d'évaluation bucco-dentaire à partir de photos prises avec un smartphone ou une tablette et offrant des simulations de sourire en temps réel. Ces développements techniques ont été rendus possibles grâce à une première levée de fonds, qui nous a par ailleurs permis de nous développer à l'international.

L'année dernière, nous avons réalisé une dernière levée de fonds grâce à laquelle nous sommes devenus la vingtième licorne française et surtout première licorne dentaire au monde. Nous poursuivons, bien entendu, nos investissements pour continuer à développer nos outils avec une vision claire : permettre aux praticiens de prendre des décisions éclairées sur le suivi de leurs patients.

À ce jour, plusieurs millions de patients sont monitorés sur la plateforme. Dans le cadre de notre développement, nous avons aussi conçu un dispositif, la ScanBox, utilisé par tous les patients et à travers le programme Oralien pour faciliter la prise de photos intra-orales des clichés dans un environnement et des conditions lumineuses contrôlés.

L'UFSBD s'est rapprochée de nous dans le cadre de sa mission de prévention dans les Ehpad et les établissements de suivi du handicap. Nous avons développé ensemble un programme visant à utiliser la technologie DentalMonitoring et créer un vrai dispositif autour de la prévention au bénéfice de ces populations fragiles.

Ce dispositif s'appuie sur trois piliers.

- D'abord, la facilité d'utilisation. Nous fournissons un smartphone à chaque établissement que tout le monde sait utiliser par défaut. Notre application étant très intuitive, l'information est transmise de manière claire et précise pour un suivi simple et optimisé.

Nos dispositifs sont brevetés avec plus de 250 brevets sur l'application et sur la ScanBox. Nous investissons massivement en termes de technologies, il est très important pour nous de les protéger.

- Second pilier : la sécurité. Les données concernant les patients sont accueillies par des hébergeurs de données de santé. En France, nous respectons évidemment le règlement général sur la protection des données (RGPD). Et nous avons la certification ISO 27001, autour des données de sécurité informatique.

- Enfin, troisième pilier : la fiabilité des recommandations. On parle d'intelligence artificielle qui pose parfois question. À ce sujet, David Gruson parlera de la garantie humaine que nous avons mise en place.

Aujourd'hui, notre moteur d'intelligence artificielle est capable de détecter plus de 130 observations dans la sphère orale. Nous avons développé, en collaboration avec l'UFSBD, un moteur de recommandation dédié au programme Oralien.

Comment cela se passe-t-il concrètement ?

- La formation de l'ensemble des soignants utilisant l'outil. C'est une pratique nouvelle, ludique pour les personnes suivies et les encadrants. Nous avons fait en sorte que la prise de scans soit un moment agréable.

L'application est capable de cibler un schéma dentaire précis, par exemple sur l'arcade maxillaire si la personne s'en plaint. Une série de questions lui est posée. Tout est ensuite envoyé directement sur nos serveurs sécurisés.

On va ensuite coupler les résultats de l'IA avec les réponses au questionnaire. Ce qui va favoriser des recommandations ciblées, uniques et dédiées au patient.

Tout ceci est fourni sur une plateforme, un site web sécurisé à destination des encadrants et du personnel soignant.

Un rapport très clair avec les recommandations est automatiquement documenté et partagé avec le dentiste ou le médecin référent, ce dernier permettant aussi d'inclure les familles, ce qui est très important.

L'objectif de ce rapport est de permettre de **synchroniser l'acte de soins avec le besoin en soins**. Avec un moteur de recommandations précis et complet. Il permet au personnel soignant de mettre en place des actions très concrètes à l'instant T, ce qui offre in fine une meilleure prévention et réduit les cas à traiter en urgence.

Voici un exemple d’instruction adressée à l’équipe : « Coefficient masticatoire faible, surveiller l’alimentation ». Notre outil apporte une vision qui implique l’équipe soignante sur la santé globale de l’ensemble des résidents.

– L’objectif est aussi d’aller plus loin et d’optimiser chaque visite, soit en évitant les visites inutiles, stressantes pour les patients, soit en préparant mieux chaque visite physique en cabinet. Ces rapports sont également utilisés pour contrôler l’évolution de l’état bucco-dentaire des patients dans le temps.

Les scans sont pris tous les six mois, mais si le patient se plaint d’une douleur, il est possible de déclencher un examen d’urgence, disponible directement dans l’application et qui sera traité immédiatement.

Aujourd’hui, la solution Oralien, dont nous sommes particulièrement fiers, comporte une base unique, mondiale, de plus de 1,5 milliard d’images.

Notre moteur est l’innovation, mais nous estimons qu’elle n’a de sens que si elle supporte un but concret.

Ici, c’est la prévention et l’amélioration des soins.

Nous sommes convaincus qu’en combinant nos expertises technologiques et les expertises professionnelles des cliniques de l’UFSBD, des programmes comme Oralien peuvent voir le jour et avoir un réel impact sur la santé publique.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Vous avez identifié des perspectives très concrètes d’amélioration ?

M. Thomas PELLISARD

C’est infini ! Tous les jours, notre moteur d’intelligence artificielle analyse de plus en plus d’images, ce qui nous permet d’adresser tout type de pathologie. DentalMonitoring est utilisée dans plus de 34 pays et a la capacité de s’adapter à tout type de traitement dentaire, de prévention, de suivi et de s’adapter à tout type de personne.

La Supervision Humaine de l’Intelligence Artificielle – ou comment s’assurer que la technologie sert au mieux la santé des patients ?

M. David GRUSON

Fondateur Ethik-IA

À mesure que se déployait ce projet s’est aussi construit un régime de supervision éthique, autour de la notion de garantie humaine de l’intelligence artificielle. C’est quasi une « Co-AOC » UFSBD-Ethik-IA depuis la genèse de ce programme.

Ce qu’il faut retenir : à partir de ce programme Oralien a été forgé le cadre de compliance global de l’intelligence artificielle, non seulement en santé mais dans tous les domaines d’application de l’IA.

Il faut d'abord préciser le droit, tel qu'il s'applique. Sa construction a été concomitante avec le programme Oralien. On avait mené, avec le Conseil national d'éthique, les travaux de préparation de la révision de la loi de bioéthique de 2021.

L'article 17 de cette loi bioéthique a posé deux principes : l'information préalable du patient sur le recours à l'IA dans sa prise en charge et le déploiement d'une supervision humaine de l'IA dans sa phase de conception et dans l'application en vie réelle.

À partir des réflexions qu'Ethik-IA a portées, le ping-pong avec l'UFSBD autour du programme Oralien a contribué à forger ce droit.

L'étude du Conseil d'État sur l'intelligence artificielle, parue en septembre 2022, cite d'ailleurs ce programme Oralien et la méthodologie UFSBD-Ethik-IA comme la méthodologie de référence de supervision humaine de l'IA.

L'information du patient, la supervision humaine en vie réelle : l'OMS a également repris cette notion dans ses recommandations sur la régulation éthique de l'IA, publiées en juillet 2021. L'idée d'établir une supervision en amont et en aval par des patients et des cliniciens dans le développement des technologies d'IA.

Rassurez-vous, il ne s'agit pas de mettre un chirurgien-dentiste autour de chaque mouvement d'IA, ce serait contre-productif, mais de faire, comme le recommande l'OMS, des points de supervision à des moments critiques, qui sont établis à dire d'experts dans un dialogue professionnels-représentants des patients.

Tout cela s'est directement transporté dans le projet de règlement de la Commission européenne – qui nous avait auditionnés – sur l'IA : l'AI Act, qui sera finalisé au mois de janvier pour une entrée en vigueur deux ans plus tard.

Il est intéressant de voir cet article 14, « Human oversight », qui reprend les principes UFSBD-Ethik-IA à partir du programme Oralien : information du bénéficiaire final sur le recours à l'IA dans sa prise en charge et la supervision humaine.

Sauf que ce cadre va s'appliquer dans deux ans avec la même force que le RGPD pour tous les systèmes d'IA, quels que soient leurs secteurs, en classifiant les systèmes selon le niveau de risques, les systèmes d'IA en santé étant rangé dans la catégorie à hauts risques.

Des acteurs pilotes, comme DentalMonitoring, ont joué le jeu de ce dispositif dans cette phase de montée en charge. Et demain, vous aurez un intérêt encore plus puissant à le faire, puisque le RGPD de l'IA sera assorti de sanctions équivalentes à celles du RGPD, c'est-à-dire en cas d'absence de garanties humaines, jusqu'à 4% du chiffre d'affaires mondial groupe en termes de sanctions encourues. Ça s'applique également aux utilisateurs de systèmes d'IA.

J'ajoute un point, concomitant avec le colloque de l'UFSBD : la Commission européenne a bouclé le travail, il y a huit jours, avec la publication d'un projet de directive sur le terrain de la responsabilité.

Ces questions de responsabilité juridique sont un enjeu insécurisant pour les professionnels. Le système qu'a proposé la Commission fait écho à des travaux que nous avons portés.

Si une garantie humaine traçable effective proportionnée n'est pas mise en place, il y aura une présomption de responsabilité qui s'appliquera sur le fabricant en gardant le même degré de souplesse.

Le contenu même de la garantie humaine est laissé à la main du concepteur du système algorithmique pour autant qu'il s'entoure d'un écosystème de confiance, sous l'égide des représentants d'une profession comme l'UFSBD dans le domaine des soins bucco-dentaires.

Ce système sera aussi branché sur le marquage CE, pour la mise sur le marché. Pour les systèmes d'IA autoapprenants, qui évoluent au fil du temps, il faut réactualiser ce marquage régulièrement. Le fait d'avoir une garantie humaine en place va rendre cela plus facile.

Dernier point de reconnaissance : la Haute autorité de santé a intégré la garantie humaine comme étant un critère facilitant l'admission au remboursement.

On sait que c'est un domaine sur lequel on doit sans doute aller plus vite, pour admettre davantage de systèmes d'IA qui ont fait leurs preuves au remboursement par la Sécurité sociale et à la prise en charge par les complémentaires. Tout cela a été forgé en parallèle du dispositif Oralien.

Le système de garantie humaine porte sur l'outcome, le résultat. On va essayer de comprendre le dispositif algorithmique mais on va apprécier son effet à partir du résultat médical produit. Cela se passe à dire d'experts. Le dispositif qu'on a mis en place est un système de collège de garantie humaine. C'est la recommandation du Comité consultatif national d'éthique (CCNE).

On va regarder dans un environnement HDS (hébergeur des données de santé) des dossiers déjà traités par l'INA avec une méthodologie de revues par des tiers de confiance, que sont les chirurgiens-dentistes réviseurs mandatés par l'UFSBD, des écarts à partir de dossiers qui ont été virginisés.

On va enlever les traces d'intervention de l'IA sur la base d'une grille de reports de constats, construite avec l'UFSBD, pour essayer de regarder ce qu'aurait fait un chirurgien-dentiste humain à partir de l'analyse de l'IA. On a fait ça cinq fois, en sélectionnant aléatoirement des dossiers collectés dans l'environnement DentalMonitoring.

Résultat : ils sont très consolidants sur le dispositif. Consolidant également par le fait que l'industriel, DentalMonitoring, a accepté de jouer le jeu de cette transparence, avec des discussions qui, sur certains points latéraux – les reprises au « viscogel » –, ont permis de mettre en œuvre des actions correctives. Ces actions correctives ne sont pas unilatérales, pas uniquement vers l'algorithme lui-même.

C'est aussi un outil de management de recours à l'IA par les professionnels. Cela permet de faire émerger des besoins de formation complémentaire, de mise en avant de pratiques.

Cette méthode, du collège de garantie humaine, s'applique. Elle bénéficie d'ailleurs d'une standardisation puisque cette méthodologie mentionnée par le Conseil d'État, et reprise dans le règlement européen de l'IA, sera normalisée par l'Afnor.

Je parlais du concepteur. On a aussi une méthodologie côté utilisateur. Par exemple, un projet de collège de garantie humaine pour l'hôpital Saint-Joseph, qui porte sur l'IA dans le domaine des urgences, de la pharmacie, de la radiologie.

À partir de ce premier pilote mondial, on en est à 11 dispositifs dans des aires de spécialité très différentes, avec des écosystèmes qui se structurent, la radiologie, la biologie, la pharmacie, mais c'est la profession bucco-dentaire qui a ouvert la voie et contribué à forger cette réglementation nationale et européenne.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

À vous entendre, on est à l'avant-poste de chantiers majeurs, avec des évolutions très rapides à l'échelle européenne ?

M. David GRUSON

Oui. Il faudra appliquer ce système. Vous en avez compris le sens. Là, c'était le cœur de nos recommandations depuis 2017 avec Ethik-IA.

On est dans un environnement européen et français très protégé juridiquement. Il faut faire attention à ne pas franchir le cran de la surréglementation.

Sinon, de belles histoires comme celle de DentalMonitoring ne seraient pas possibles. L'idée, c'est la régularisation positive.

On fait confiance aux acteurs. Par contre, à partir de ce parti pris, il y a un droit très exigeant sur l'existence de la garantie humaine et sur son insertion dans un écosystème professionnel.

Vous voyez qu'avec le règlement européen sur l'IA, si cette condition n'est pas vérifiée, il y aura des sanctions tout à fait prohibitives. Sur le terrain des sanctions RGPD de la Commission et sur le terrain de la responsabilité, si le fabricant ne met pas en place une garantie humaine valide, il portera le risque d'indemnisation des dommages susceptibles d'être causés aux patients.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Quel est le pari derrière, être très incitatif ?

M. David GRUSON

À l'époque où j'étais directeur de CHU, je voyais arriver le RGPD avec un peu d'inquiétude, en me disant : « N'est-on pas en train de se fixer un corset de normes trop formel ? ».

J'ai été démenti par la pratique.

Ce RGPD et son application ont un certain degré de souplesse. Des choix très forts ont été faits par la Commission européenne qui a appliqué des sanctions lourdes quand il y a eu des non-compliances.

Cette approche est aussi un puissant levier de souveraineté numérique européenne et française. Ça crée des barrières à l'entrée, mais des barrières éthiques, avec l'idée que les acteurs prennent en main ces outils.

Ce qui est intelligent dans ce droit de la garantie humaine, ce sont les concepteurs de l'innovation, les utilisateurs en dialogue avec les représentants des patients.

Je saluerais dans cette évolution le rôle de France Assos Santé, qui a pris une position très puissante en appui numérique et en garantie humaine de l'IA. Même si l'UFSBD a été vraiment pionnière.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Vous l'avez dit, l'implication des professionnels praticiens a été déterminante...

M. David GRUSON

Absolument.

Cette méthodologie, on l'a co-construite avec l'UFSBD.

Elle n'a pas vocation à être reproduite de manière systématique pour chaque solution.

Par contre, la méthodologie de collège de garantie humaine avec des professionnels en dialogue avec le concepteur, ça, c'est le standard qui devra s'appliquer à tous demain.

Question d'un participant en viso

Existe-t-il une formation pour les familles aidantes ?

Dr Benoît PERRIER

Un accompagnement peut effectivement avoir lieu, souvent dans le cadre de projets locaux, avec des établissements, en complément de la formation des aidants professionnels, des séances plutôt de sensibilisation vis-à-vis des familles.

Cela s'organise au cas par cas, au niveau local, en fonction de la structuration et des échanges locaux. Mais il est important d'inclure la famille dans cette stratégie de la santé bucco-dentaire et la dynamique de prévention.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Pour revenir à ce que disait David Gruson, ça vous donne du vent dans les voiles.

Votre implication, depuis 50 ans en tant qu'UFSBD, fait bouger les lignes... en voilà, une traduction !

Dr Benoît PERRIER :

C'est dans l'ADN de l'UFSBD d'être précurseur, de voir plus loin, d'innover, de faire de la recherche, de pouvoir participer à l'évolution du système de santé et de la société sur ces aspects éthiques.

C'était l'objectif aussi d'avoir un cadre qui permet de démontrer la qualité des solutions proposées.

Ce collège de garantie humaine nous permet d'évaluer : y a-t-il ou pas un effet pervers ? On se rend compte, par rapport à l'humain, de l'avantage de l'IA : le côté émotionnel du professionnel en face-à-face qui peut en rajouter, en faire trop.

L'IA, finalement, a la juste recommandation. On s'en rend compte avec l'expérience : parfois en tant que professionnels, on se met ceinture et bretelles. Finalement, ce n'est pas tout à fait ce que pourraient être les bonnes recommandations. Les collèges de garantie humaine permettent de prendre du recul dans sa pratique.



Littératie et accès à la santé bucco-dentaire : le duo gagnant SantéBD : des outils pédagogiques pour comprendre et prendre soin de sa santé !

Mme Anne-Charlotte DAMBRE

Directrice de l'association Coactis Santé

Représente Mme Pauline d'ORGEVAL (co-fondatrice et co-présidente de Coactis Santé)

L'association Coactis Santé a 12 ans et travaille avec l'UFSBD depuis huit ans sur tous les sujets qui concernent la santé bucco-dentaire. Elle agit en faveur de l'accès à la santé des personnes en situation de handicap et développe deux solutions concrètes :

- handconnect.fr, un site ressource pour les professionnels de santé et, notamment, les chirurgiens-dentistes pour les accompagner dans l'accueil des patients en situation de handicap ;
- SantéBD, un outil qui facilite la compréhension et la communication entre les patients et les professionnels de santé.

Ces deux outils ont émergé après la participation de l'association au rapport ministériel « Pascal Jacob » de 2013, qui faisait état de plusieurs freins d'accès à la santé, notamment un manque d'informations accessibles à tous pour participer aux décisions de santé qui les concernaient, et un manque de formation des professionnels de santé pour l'accueil de patients en situation de handicap.

Je vais évoquer la littératie en santé. Un terme encore peu développé qui évoque, selon la définition officielle, la faculté des personnes à réussir, à accéder, à comprendre, à évaluer et à appliquer l'information sur la santé afin de porter des jugements et de prendre des décisions dans la vie quotidienne concernant les soins de santé, la prévention et la promotion de la santé pour maintenir et améliorer la qualité de vie, tout au long de la vie.

En quoi ça consiste ?

Quatre dominantes :

- la faculté d'accéder à des informations en santé et de les identifier. Est-ce à travers de l'affichage ? À la radio ? A-t-on accès à des sites internet ? Est-on capable de les utiliser ? Dans le handicap, ce n'est pas évident d'accéder à toutes les informations prévention santé ;
- la faculté de comprendre cette information. Elle doit être accessible ;
- la faculté de l'évaluer. C'est-à-dire réussir à se dire : « Est-ce que cette information s'adresse à moi ? Je suis aussi concerné ? Est-ce que cette information est fiable ? » ;
- enfin, la faculté de l'appliquer.

C'est tout un processus : lorsqu'on communique sur la santé, si on n'est pas vigilant sur les quatre étapes, on risque de laisser pour compte un certain nombre de personnes. Elles n'auront pas les messages de prévention santé, ne pourront pas les appliquer et seront exclues du système de santé.

Au niveau européen – on n'a pas vraiment de statistiques en France –, on estime que 50% de la population a un niveau de littératie en santé faible ou insuffisant. 50%, donc, ont une faible capacité à comprendre et à avoir les informations en santé. C'est énorme.

Certaines populations sont plus vulnérables par rapport à l'accès à la santé : celles qui ont un faible niveau de scolarité n'ont pas le vocabulaire ou la compréhension de tous les éléments, les personnes en situation de handicap (comme les personnes déficientes intellectuelles, les patients avec autisme ...), les personnes non-lectrices, mais aussi des personnes issues de l'immigration qui maîtrisent moins bien la langue française et les personnes vieillissantes.

Il y a toute une frange de la population française qui n'a pas accès à l'information en santé. Donc, il est important d'agir.

Dans le cadre des rendez-vous médicaux, une grosse partie de la conversation passe par des terminologies médicales pas compréhensibles par le grand public. Et non pas des mots de tous les jours.

Quand on ne comprend pas ce que va dire le docteur, on ne peut pas poser de questions, donner son consentement, interagir, comprendre les recommandations et les appliquer. On ne peut pas comprendre une ordonnance. Et on ne peut pas non plus comprendre les messages de prévention en santé.

Pour les personnes en situation de handicap, c'est une source d'anxiété importante. Elles peuvent nourrir des ressentiments parfois très forts, de la violence psychologique et l'impression d'être exclues de la discussion qui les concerne. Souvent, ça les conduit à un renoncement aux soins.

Faute de compréhension, on ne peut pas participer, on ne peut pas comprendre et on va abandonner la démarche et l'échange avec le professionnel.

Comment peut-on agir au niveau individuel ? Il faut être capable de trouver des sites fiables, des lieux d'information. Ça demande d'être accompagné.

Et il faut être capable de trouver ces ressources. C'est une information qui doit arriver auprès des aidants, auprès des professionnels de santé, pour donner des ressources et qu'ils soient capables d'identifier les ressources intéressantes.

Au niveau de l'environnement, comment peut-on passer des informations ? C'est au niveau des salles d'attente, des campagnes de prévention. Il faut toujours avoir ce souci de la littératie en santé pour qu'elle soit le plus accessible possible.

Et il faut agir au niveau du soutien social en formant les accompagnants, les aidants et les professionnels de santé.

SantéBD est vraiment un outil en faveur de la littératie en santé, qui permet à chacun d'être acteur de sa santé, de comprendre comment se déroule une consultation, un soin, à quoi il sert, comment il se passe de A à Z. Très peu d'outils expliquent le déroulement de l'ensemble du rendez-vous médical.

SantéBD permet aussi de dialoguer avec les professionnels de santé. Quand on a préparé en amont une consultation, qu'on a les éléments du déroulé, on va pouvoir interagir avec le professionnel de santé, s'appuyer sur un même vocabulaire, des mêmes dessins, qui pourront permettre un échange.

SantéBD s'est créé avec un écosystème de nombreux partenaires. On est une petite équipe mais on fédère des acteurs du monde de la santé, du handicap, des experts scientifiques, en communication alternative améliorée, on associe des institutions.

Pour chaque thématique développée, un groupe de travail va essayer de la rendre la plus accessible possible.

SantéBD intervient autour de trois cibles, d'abord les patients en situation de handicap. Bien entendu, lorsque c'est accessible pour ceux qui ont le plus faible niveau de compréhension, c'est accessible à tous, les enfants, les personnes âgées, celles qui ont des difficultés avec la langue française.

Mais on le conçoit d'abord pour tenir compte des différents types de handicap et de leurs spécificités. Bien entendu, c'est un outil très précieux pour les aidants professionnels ou familiaux, car SantéBD leur permet de préparer les patients et diminuer leur angoisse avant et pendant la consultation mais aussi de donner aux professionnels de santé un outil de dialogue simple pour les aider pendant la consultation.

En quoi ça consiste ? Ce sont des bandes dessinées. On en a 13-14 dans le domaine de la santé bucco-dentaire. Mais il y a aussi des vidéos, des posters... L'ensemble des dessins sont réunis dans des banques d'images, ce qui permet à ceux qui le souhaitent de créer leurs propres flyers, de les utiliser dans le cadre d'un Power Point pour animer une réunion ou de faire des affiches en fonction des besoins du patient.

On s'appuie sur des phrases en facile à lire et à comprendre (FALC). Chaque idée doit être dans une phrase. Et chaque phrase est illustrée par un dessin.

On a des contenus personnalisables. La bande dessinée est personnalisée avec une version « enfants » et une version « adultes », mais aussi des versions avec des personnes en fauteuil roulant, pour que chacun puisse s'approprier les outils.

Et on peut aussi sélectionner si le professionnel de santé est un homme ou une femme. C'est important de le savoir à l'avance et de pouvoir s'approprier le déroulement.

Le responsable de l'association Aller plus haut, Didier Gadel, a évoqué cet outil pour faciliter l'autodétermination des personnes et recueillir un consentement libre et éclairé. C'est l'un de nos objectifs.

L'idée, c'est de donner le maximum d'informations pour participer aux décisions qui les concernent, notamment sur l'orthodontie, la dernière thématique qu'on a développée avec le Dr Anne Abbé-Denizot. Il est essentiel que le patient et la famille soient au courant de ce à quoi ils s'engagent et qu'ils expriment un consentement.

SantéBD comprend 80 thèmes de santé, avec 10 nouveaux thèmes chaque année avec plusieurs fiches concernant la santé bucco-dentaire. Les fiches SantéBD concernent, à la fois, des rendez-vous de santé mais aussi de la prévention santé.

Les posters servent à équiper les salles d'attente pour communiquer sur ces informations. On insiste sur la préparation des rendez-vous. Plus les personnes sont au courant de ces supports, plus elles peuvent les préparer avant d'arriver au rendez-vous.

Ce qui peut permettre un déroulement beaucoup plus serein des soins dentaires. Vous avez aussi des vidéos qui peuvent tourner dans les salles d'attente. Elles permettent de sensibiliser dans des établissements sur le déroulement des soins dentaires.

La banque d'images peut servir aussi de tableau de communication pour interagir avec son environnement.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

On peut préciser qu'il y a des supports aussi figés, des PDF, des bandes dessinées, mais aussi à travers des tablettes, des choses très vivantes, qui peuvent coller à la réalité du moment...

Mme Anne-Charlotte DAMBRE

Effectivement, je précise que toutes ces ressources sont gratuites en ligne sur le site santebd.org.

Il y a deux façons de les utiliser, sur smartphones ou tablettes : soit on télécharge les BD et on peut les imprimer à sa guise, soit on les visualise en ligne.

Une précision : notre technologie a évolué. L'appli SantéBD n'existe plus en tant que telle mais elle est remplacée par la visionneuse qui se trouve sur le site santebd.org.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Dr Anne Abbé-Denizot, vous êtes, je crois, une fervente utilisatrice de ces outils...

Dr Anne ABBE-DENIZOT

Au départ, quand j'ai travaillé dans le handicap, on m'a montré plusieurs modes de communication. Ils sont nombreux.

Pour un professionnel de santé, c'est très compliqué de passer par Akhenaton, par exemple, ou d'autres. Il faudrait les connaître tous.

On n'a pas le langage. Alors que SantéBD est plus universel. Je peux demander aux personnes de regarder SantéBD avant de m'amener la personne.

Et on peut les personnaliser. On peut choisir les images, ne pas mettre celles-ci, plutôt celles-là. C'est très facile d'utilisation et gratuit.



L'e-learning un formidable atout pour former les aidants professionnels

Investir dans la e-formation en offrant des savoirs agiles / accessibles et interactifs

Dr Anne CARLET

Secrétaire Générale de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

Nous l'avons dit, l'importance d'une bonne santé orale n'est plus à démontrer. Notre ministre, M. Braun, et les intervenants précédents ont bien précisé que les pathologies bucco-dentaires sont évitables si nous adoptons des comportements favorables, tant en matière d'hygiène bucco-dentaire que d'hygiène alimentaire et de visites régulières au cabinet dentaire.

Nous savons que les personnes vivant avec un handicap ont proportionnellement plus de risques de développer des pathologies bucco-dentaires.

Il est donc indispensable de les accompagner, et d'accompagner les aidants en développant la prévention en amont, afin de limiter les besoins en soins.

Le développement de la prévention passe par la sensibilisation des personnes vivant avec un handicap, la sensibilisation des familles et par la formation des aidants professionnels.

La formation professionnelle est soutenue depuis de nombreuses années au niveau législatif.

La loi Delors en 1971 a posé les bases du dispositif de formation professionnelle continue.

Elle s'est enrichie en 2009 avec la création du droit à l'orientation et à la formation tout au long de la vie.

Dans cet élan, l'UFSBD accompagne depuis plus de 25 ans les aidants professionnels, avec des offres de formation dispensées sur site, dont l'objectif est d'améliorer la santé orale et la qualité de vie dont il a été question précédemment.

Cela passe par l'acquisition ou la mise à jour de savoirs, de savoir-faire des aidants professionnels, et également par une prise en compte des individualités de chaque personne accueillie en établissement, avec la mise en place de protocoles d'hygiène individualisés.

Ces formations accordent une large place à la pratique au travers de mises en situation et de jeux de rôle. Nous y tenons beaucoup à l'UFSBD.

La formation des aidants professionnels est au cœur de nos missions et de notre engagement pour la prévention en santé orale des personnes en situation de dépendance et en particulier des personnes vivant avec un handicap.

La société évolue et il est important de pouvoir répondre aux nouveaux besoins. M. Didier Gadel parlait de la crise du médico-social. Effectivement, le secteur rencontre de grandes difficultés en termes de ressources humaines, qui se sont accentuées avec l'arrivée de la pandémie en 2020.

Nous avons également un important turn-over de ces personnels qui engendre un besoin de formation de plus en plus fréquent pour les nouveaux personnels accueillis en établissement. Ces formations sont, en effet, importantes pour maintenir une même dynamique et une continuité de soins efficaces.

Les personnels anciennement formés ont également besoin de réactualiser leurs savoirs. Forts de ces constats, et pour répondre à ces nouvelles problématiques tout en nous appuyant sur les possibilités qu'offrent les nouvelles technologies, nous avons enrichi notre offre de formation, en proposant aujourd'hui une formation en e-learning d'une demi-journée pour les aidants professionnels dans le champ du handicap.

Ce format permet de répondre à des demandes de formation sur des territoires où l'offre de formation en présentiel ne pouvait être assurée jusqu'à présent.

Qu'entend-on par e-learning ?

Si l'on se réfère à la définition du Petit Larousse, c'est un mode d'apprentissage requérant du multimédia et donnant accès à des formations interactives sur internet.

L'e-learning que nous proposons est une formation en distanciel, sans interaction avec un formateur. Ce n'est pas une classe virtuelle.

L'e-learning est hébergé sur une plateforme de formation, donnant accès au fonds pédagogique, ainsi qu'aux questions et exercices, à un espace de ressources pour récupérer les supports pédagogiques, ainsi qu'à un espace collaboratif où l'apprenant peut échanger et poser des questions.

Quels sont les atouts de la formation e-learning ?

Elle est facilement accessible via une simple connexion internet. Elle peut donc être suivie de son domicile sans contrainte de déplacement, que ce soit vers son lieu de travail ou vers un lieu de formation.

Deuxième atout : sa flexibilité.

L'apprenant peut organiser et débiter sa formation lorsqu'il le souhaite, sans contraintes horaires. Il peut également suivre la formation selon son propre rythme d'apprentissage, s'arrêter à n'importe quel moment sur une notion, l'approfondir si besoin en effectuant des recherches annexes. Il peut interrompre sa session et la reprendre à tout moment.

Le temps d'accès à la plateforme de formation, normalement, est limité.

Mais il est suffisamment long pour permettre à l'intervenant, même lorsque sa formation est terminée, de revenir sur des notions qu'il voudrait approfondir ou revoir.

Nous avons évoqué les tensions en matière de disponibilité des personnels.

Cette formation en e-learning peut permettre aux établissements de former des personnels sans avoir à les mobiliser toute une journée.

L'e-learning est découpé en modules, par thématiques, ce qui permet à l'apprenant de revenir facilement sur un sujet et de bien identifier les sujets présentés.

Les modules sont censés être suivis dans un ordre précis. Leur progression suit une logique pédagogique et les notions abordées dans un module peuvent faire référence à des notions vues antérieurement.

Chaque module se termine par un résumé des notions clés à retenir et se conclut par des questions pour que l'apprenant puisse évaluer ses acquis.

N'oublions pas que les questions ont une vertu pédagogique.

Chaque participant a, par ailleurs, accès à un espace de discussion et d'échange sur lequel il peut interagir et poser ses questions.

Questions auxquelles un formateur de l'UFSBD répondra mais de façon asynchrone puisque le chirurgien-dentiste ou le praticien formateur n'est pas en direct.

En conclusion, que dire de la formation en e-learning ?

Elle est un vrai atout qui répond aujourd'hui à la nécessité de proposer des formations « autrement » et répondre à des besoins qui ont évolué.

L'e-learning ne peut cependant pas remplacer une formation en présentiel. Les formations en présentiel créent une dynamique de groupe, importante lorsque l'on met en place un projet au sein d'un établissement.

Les formations en présentiel accordent une large place à la pratique, au travers de jeux de rôle et de mises en situation réelle avec, par exemple, la mise en pratique de toilettes bucco-dentaires auprès de résidents.

Ces mises en situation permettent d'acquérir des compétences techniques et de lever certains freins à la réalisation de ces actes d'hygiène qui, nous le savons, ne sont pas évidents pour beaucoup de soignants. Le fait de montrer, d'accompagner permet d'en lever un certain nombre.

Rappelons-le, les soins d'hygiène bucco-dentaire font partie intégrante de la toilette, mais sont trop souvent oubliés. S'ils n'ont pas le temps, que vont-ils omettre de faire ? Les soins d'hygiène bucco-dentaire.

Tout le monde s'accorde à le dire. Et les soignants le reconnaissent aussi, malheureusement.

Les formations sont là pour les sensibiliser à cette problématique et pour les convaincre de changer d'attitude et de trouver un temps pour ces soins.

Que peut-on dire de l'e-learning ?

C'est un complément efficace pour permettre l'intégration de nouveaux intervenants dans un établissement ou redynamiser l'ensemble des équipes.

Il faut donc voir cette formation comme une offre complémentaire aux formations en présentiel et qui vient s'ajouter à l'ensemble des dispositifs et outils au service de la prévention.



État du parcours de soin de la personne en situation de handicap

Présentation des résultats du Baromètre Handifaction

M. Pascal JACOB

Président d'Handidactique

Ce que j'ai entendu depuis ce matin me plaît beaucoup !

Avec Sophie Darteville, ancienne présidente de l'UFSBD, nous avons commencé ce travail et nous avons bien avancé, même si cela reste difficile.

J'ai eu deux enfants vivant avec un handicap. L'un d'eux est décédé suite au refus de prise en charge dans un hôpital. À la demande de la ministre de la Santé de l'époque, Marisol Touraine, il a donné son nom à une charte, la charte Romain Jacob.

Aujourd'hui, je travaille avec l'ensemble du dispositif de santé. Je suis en responsabilité de portage de la Charte Romain Jacob, en France et dans 20 autres pays.

La première indication que je voudrais vous donner, c'est que ce que votre travail est indispensable.

Quand je vois le travail réalisé par les uns et les autres, on devrait un jour y arriver.

Nous sommes cependant dans une situation difficile, car bon nombre de personnes ne s'occupent plus de leurs dents. Ce n'est pas votre faute ! Si vous êtes là, c'est que vous n'êtes pas ceux qui disent non !

Je voudrais dire à notre ami qui parlait des établissements qu'il y a 92 ou 93% des personnes vivant avec un handicap dans le monde ordinaire.

Beaucoup d'actions sont menées pour les personnes en établissement, mais il ne faut pas oublier les autres : il y a des enfants, des familles. Les organisations doivent se faire au plus près de la personne et dans le monde ordinaire. Ce qui n'est pas toujours le cas.

La Charte Romain Jacob est aujourd'hui évaluée par les personnes vivant avec un handicap. Cette année, nous avons eu 100 000 questionnaires en réponse dans l'évaluation.

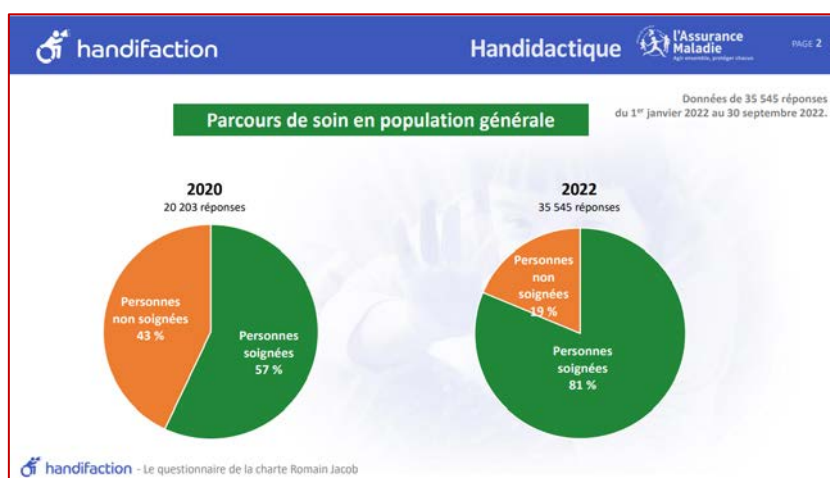
C'est un truc fabuleux, ça nous permet de rentrer dans le détail, région par région, département par département.

Pour prendre connaissance des résultats de l'enquête : <https://www.handifaction.fr/derniers-resultats/>

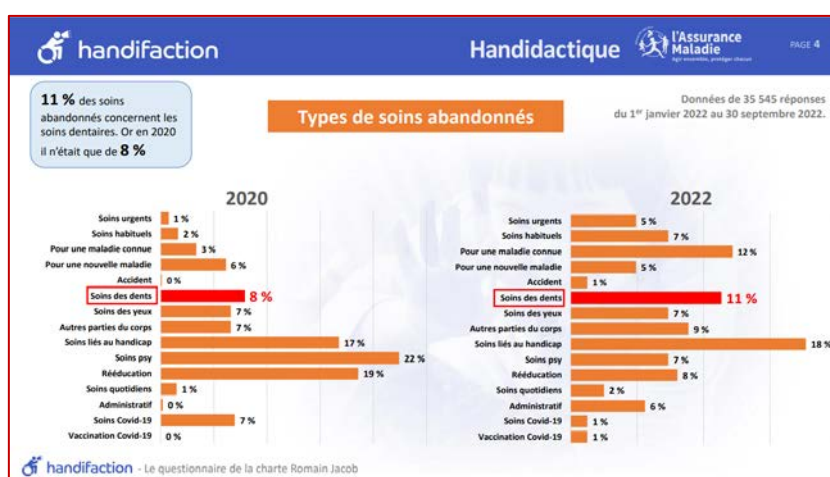
À l'écran :

En 2020, en plein Covid, 43% de personnes vivant avec un handicap n'étaient pas soignées.

En 2022, on a bien progressé sur l'ensemble des soins : ça touche tout le monde et tous les métiers du soin.



J'ai voulu montrer qu'on progressait bien et que vous en faites partie. En revanche, revenons à 2020, il y avait 8% d'abandon de soins dentaires et, en 2022, nous sommes malheureusement à 11%.

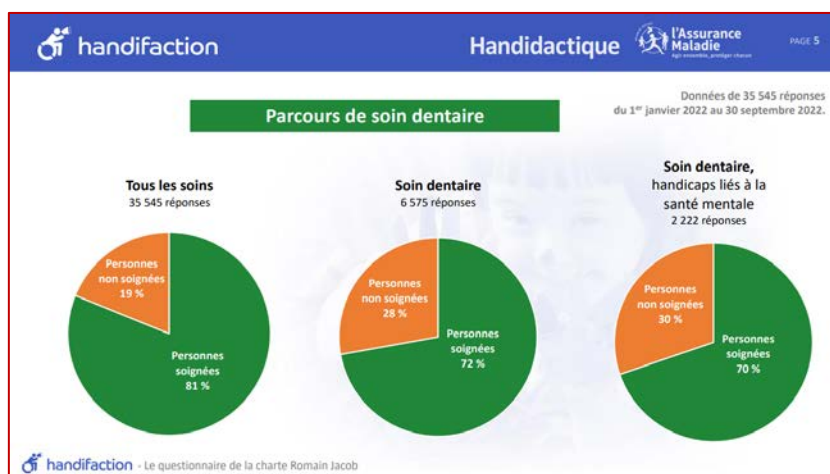


Que se passe-t-il ? Si je regarde les soins liés au handicap, si je regarde d'autres soins particulièrement sur la notion des soins psychiques, c'est grave.

J'ai voulu vous dire : « Attention, il faut qu'on redouble d'efforts sur le terrain. Et j'ai besoin de vous d'une manière très concrète ».

Le constat est qu'on observe 19% de personnes non soignées sur l'ensemble des soins.

Plus spécifiquement sur les soins dentaires, nous sommes à 28% de personnes non soignées et, pour aller plus loin, pour les soins dentaires en santé mentale, nous atteignons les 30% de personnes non soignées.

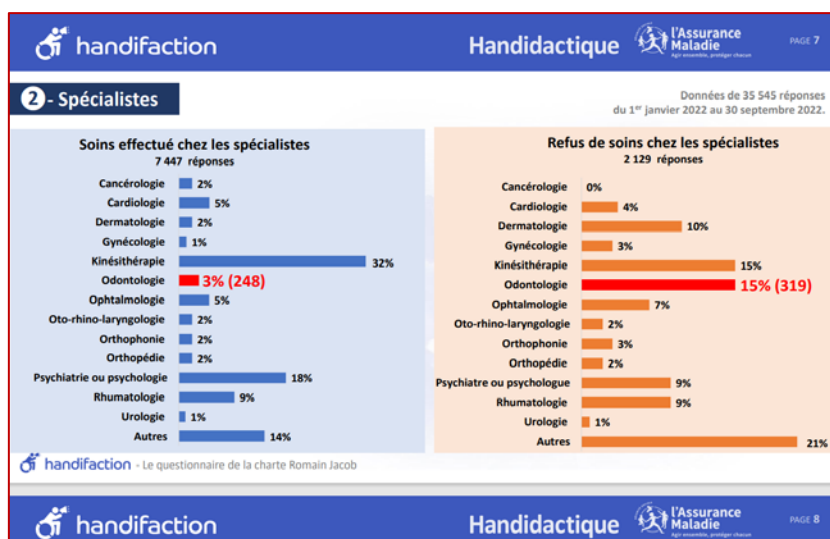


Le ministre François Braun nous a dit de manière très simple : « Je veux qu'on passe de l'accès aux soins à l'accès à la santé ». Il va falloir conjuguer la prévention – ce que vous faites tous –, l'accompagnement et les soins.

L'ensemble, c'est un triptyque extrêmement important. C'est ce qui nous permettra d'être efficaces concrètement.

Je vais poursuivre mon analyse.

Il ressort de l'enquête une donnée alarmante : en odontologie, seulement 3% des soins sont effectués chez les spécialistes et 15% des patients vivants avec un handicap ont essuyé un refus de soins.



Il faut réussir à convaincre.

C'est l'Assurance Maladie qui patronne l'évaluation de la Charte Romain Jacob. L'Assurance Maladie a fait des efforts considérables : elle reconnaît désormais en partie les visites blanches.

Elle a négocié avec la profession dentaire la mise en place d'une tarification spécifique pour les personnes vivant avec un handicap.

L'Assurance Maladie a également soutenu la mise en place d'unités de soins.

La situation en France est très difficile.

Nous ne retrouvons pas ces difficultés dans d'autres pays.

Je ne le comprends pas !

Est-ce qu'il n'y a pas suffisamment de chirurgiens-dentistes ?

Dans ce cas, les autorités doivent prendre les dispositions qui s'imposent. Quand on commence à refuser des patients, cela se fait au détriment des patients les plus difficiles, donc ceux qui vivent avec un handicap.

Et c'est bien dommage.

J'ai trouvé cette phrase et je l'ai écrite avec Sophie Dartevelle – présidente d'honneur de l'UFSBD :

*« Vous êtes les artisans du bonheur car, quand je souris, je ne fais plus peur...
J'ai besoin de vous bien au-delà du problème des dents.
Car, quand je fais peur, je ne vais plus à l'école.
Quand je fais peur, je ne suis plus soigné pour d'autres choses que les dents.
Quand je fais peur, mon paiement n'est pas accepté, où que ce soit.
Plus je serai beau, moins je serai handicapé.
Et vous en êtes des artisans. »*

Ce bonheur va commencer par la prévention accompagnée par une meilleure connaissance du handicap. Une personne vivant avec un handicap ne sait pas dire qu'elle a mal.

Ne sait même pas qu'elle a mal, ni ne sait ce qu'est le mal. Cette alerte qui vous manque crée des situations impossibles.

Quand on est autiste et que, d'un coup d'un seul, vous mettez en l'air la salle à manger, la cuisine, on ne comprend pas.

Et on s'aperçoit après des examens, qu'il a mal aux dents, mais il n'a pas été capable de le dire.

La prévention, c'est ce qui permettra à chacun d'être dans la vraie vie. Parce que vous êtes des artisans du bonheur... car, quand je souris, je ne fais plus peur(...).

Tous les résultats sont à votre disposition (<https://www.handifaction.fr/derniers-resultats/>).

Il y a des régions dans lesquelles 94% des personnes sont soignées, même au niveau du dentaire ; par contre, il y a d'autres régions qui atteignent péniblement 50%.

Prise en charge des enfants et des adolescents à besoins spécifiques

Pr Michèle MULLER BOLLA

Professeur des Universités (Université Côte d'Azur) - Praticien Hospitalier au CHU de Nice département d'odontologie pédiatrique.

Je suis très honorée d'intervenir après Pascal Jacob.

Et je vais confirmer ses dires avec une approche davantage ciblée sur les enfants puisque je participe à ce colloque de l'UFSBD au titre de présidente du collège des enseignants en odontologie pédiatrique.

Depuis, plusieurs années, nous nous battons pour essayer de faire avancer la prise en charge des enfants et adolescents à besoins spécifiques.

En odontologie pédiatrique, ces patients correspondent non seulement aux jeunes patients en situation de handicap mais aussi à tous les enfants âgés de moins de six ans qui, souvent opposants aux soins, rencontrent des difficultés de prise en charge thérapeutique du fait d'un défaut de parcours de soins identifié.

Les chiffres suivants nous inquiètent : environ 30% des omnipraticiens ne prennent pas en charge les patients d'odontologie pédiatrique à besoins spécifiques.

Ce n'est, bien évidemment, pas une critique envers mes collègues car, très souvent, peu familiarisés à ce type de patients, ils sont démunis ou mal à l'aise face à ces patients très jeunes ou en situation de handicap nécessitant tous une approche et des soins si différents de ceux des adultes.

Dès lors se pose le problème de réorientation de ces patients vers des praticiens formés pour leur prise en charge, actuellement non identifiables faute de spécialistes, si bien que nombre de ces enfants non soignés se retrouvent en errance de soins.

Tous les outils présentés ce matin sont très intéressants car ils peuvent nous aider à optimiser la prévention : non seulement la prévention primaire, qui est capitale en amont de la maladie, mais également la prévention secondaire, qui a été évoquée indirectement par l'intermédiaire du dépistage et des difficultés de réorientation du patient pour être effectivement soigné.

Il est, en effet, intéressant de dépister des pathologies asymptomatiques, pour les prendre en charge le plus tôt possible avec des traitements minimalistes, plus simples et ainsi plus facilement réalisés chez le patient à besoins spécifiques.

Aux patients pris en charge très tôt s'opposent donc des patients à besoins spécifiques qui, malheureusement du fait de leur situation délicate, se retrouvent en errance de soins depuis des années. Ceux-ci sont, le plus souvent, non pas des patients institutionnalisés classiquement encadrés mais des personnes à domicile, qui n'arrivent pas à être prises en charge.

À la suite de ce défaut de traitements, leur état de santé bucco-dentaire se dégrade et des soins plus complexes, souvent associés à une prise en charge sous anesthésie générale, doivent être envisagés.

Or, la nécessité de l'anesthésie générale à l'issue de ce parcours de soins inadapté pose le problème de l'offre de soins sous anesthésie générale actuellement insuffisante par manque de plateaux techniques et d'anesthésistes les assurant pour des soins bucco-dentaires.

Concernant la prévention plus particulièrement ciblée dans ce colloque, certains d'entre vous le savent, je suis une adepte du fluor. Cependant, on oublie trop souvent de parler de l'alimentation. Or, il faut garder à l'esprit que le sucre est la principale cause de la maladie carieuse et qu'il doit donc être l'objet de toute notre attention.

Ainsi, je serai peut-être un peu plus positive, non pas après ce que M. Jacob nous a exposé, mais à la suite de la lecture de ses propos dans la plaquette de ce colloque.

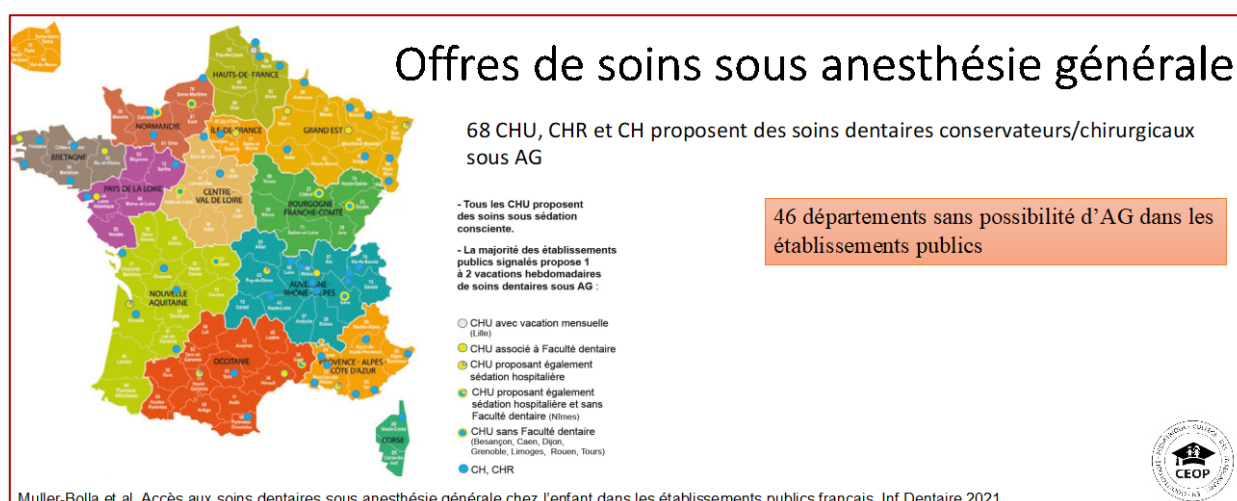
En effet, les enfants et les adolescents en situation de handicap résidant en établissement ont une alimentation saine et présentent, de fait, un état de santé assez satisfaisant, objet d'un suivi régulier.

La difficulté intervient dans la réorientation des patients non ou institutionnalisés depuis peu pour intercepter les pathologies liées à un risque carieux élevé.

Pour revenir sur la problématique des plateaux techniques pour soins sous anesthésie générale et l'illustrer, je voulais vous montrer leur très médiocre répartition en France avec seulement 68 établissements publics (CHU, CHR, CH) proposant des soins dentaires conservateurs sous anesthésie générale.

Si les établissements publics réalisant exclusivement des avulsions dentaires sont un peu plus nombreux, cet acte est alors indiqué souvent par défaut, faute d'autres possibilités ; pourtant, il devrait être la solution extrême à défaut d'une autre plus conservatrice.

Ces avulsions ne répondent donc pas toujours à la réelle demande de soins.



Dans ce tableau figure en complément la répartition des cliniques proposant des soins dentaires conservateurs sous anesthésie générale en fonction des régions : vous pouvez constater que seulement 110 établissements publics et privés les proposent, ce qui est inadmissible par rapport à la demande.

Quarante-huit départements étant sans possibilité d'accès aux soins dentaires sous anesthésie générale, leur nombre doit donc être diminué et une meilleure répartition des établissements publics et privés sur le territoire doit être envisagée.

Offres de soins sous anesthésie générale

Région	CHU Nbre (départements)	CHR Nbre (départements)	CH Nbre (départements)	Cliniques Nbre (départements)
Auvergne-Rhône-Alpes	3 (38, 63, 69)		8 (38, 42, 43, 69, 73, 74)	6 (03, 38*, 42, 69, 74)
Bourgogne-Franche-Comté	2 (21, 25)			
Bretagne	2 (29, 35)		4 (22, 29*, 56)	1 (29)
Centre-Val de Loire	1 (37)	1 (45)	1 (28)	
Corse			1 (20)	
Grand Est	3 (51, 54, 67)	1 (37)	6 (08, 30, 37, 68*, 88)	12 (03, 30**, 32, 54, 55, 67***)
Hauts-de-France	1 (59)		3 CH (59*)	
Île-de-France	2 (75, 92)		1 (78)	7 (91, 92*, 93, 94*)
Normandie	2 (04, 76)	1 (04)	2 (61, 76)	
Nouvelle-Aquitaine	2 (33, 87)		5 (06, 17, 24, 33, 47)	1 (33)
Occitanie	3 (30, 31, 34)		2 (66, 80)	3 (31, 34*)
Pays-de-la-Loire	1 (44)		2 (44, 72)	3 (44, 49*)
PACA	1 (03)		6 (04, 06, 13, 83*, 84)	9 (06*, 13***, 83, 84)

Nombre (nbre) établissements : * 2** 3*** 5

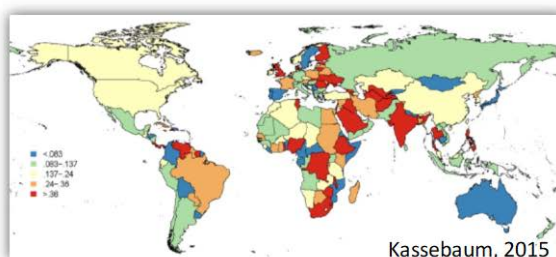
Muller-Bolla et al. Accès aux soins dentaires sous anesthésie générale. Le CDF 2021



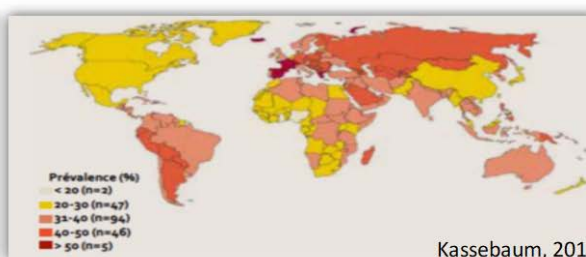
Il est intéressant de mettre en parallèle ces chiffres avec ces deux cartes datées de 2015 et 2016, sur lesquelles on peut observer les prévalences de dents temporaires et de dents permanentes non traitées élevées en France par rapport aux autres pays.

Il faut donc améliorer la situation en mettant non seulement en place une prévention primaire adaptée avant l'apparition de la maladie mais aussi un parcours de soins gradué.

À défaut de soins d'interception, peu invasifs et à la portée de tous, ou à la suite de ceux-ci par manque de suivi, des solutions plus compliquées pour des patients à besoins spécifiques s'imposent, il faut donc augmenter le nombre de plateaux techniques pour les réaliser, tous les départements devant en être pourvus.



Kassebaum, 2015



Kassebaum, 2017

Pour la réorientation des patients à besoins spécifiques, sachez qu'il existe à l'heure actuelle des réseaux extraordinaires qui permettent d'aider chirurgiens-dentistes et patients dans le diagnostic, la prévention à mettre en place et la réorientation des patients pour une prise en charge thérapeutique adaptée.

Il existe en particulier le réseau O-Rares, qui comporte 18 centres de compétences et de références, que chirurgiens-dentistes et patients peuvent solliciter, sachant que d'autres sont en cours de labellisation.

Par ailleurs, la SOSS, les référents de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes et de l'UFSBD, peut aussi réorienter les patients à besoins spécifiques vers les acteurs en régions, par exemple, les « Handident » régionaux.

L'idéal serait peut-être de mettre en place une organisation regroupant tous ces interlocuteurs pour améliorer leur prise en charge.

L'approche utilisant l'intelligence artificielle qui nous a été présentée aujourd'hui est un outil complémentaire intéressant pour améliorer la prise en charge des patients à besoins spécifiques, mieux la répartir et la hiérarchiser en fonction des patients.

Elle permettrait à tous de faire un grand pas en avant, dans le privé comme dans le public.

En odontologie pédiatrique, la solution à mettre en place est, comme je l'ai déjà évoqué précédemment, de former des spécialistes en odontologie pédiatrique auprès desquels les patients en échecs de soins pourraient être référés. Ils pourraient diminuer la durée du parcours de soins en étant sollicités rapidement, la perte de chance des enfants à besoins spécifiques ou non en errance de soins et in fine la demande de soins dentaires sous anesthésie générale.

Dr Benoît PERRIER, président de l'UFSBD

Avec Michèle Muller-Bolla, on partage ce constat sur le terrain : on fait des dépistages et, si on évalue, on voit quel est le soin le plus adapté en fonction de la situation.

On échelonne sur les milieux intermédiaires ou les blocs d'anesthésie générale. Quand il y a deux ans d'attente pour avoir un bloc d'AG, ce n'est pas admissible. C'est une problématique qu'on a déjà abordée ensemble, notamment avec la Direction générale de l'offre de soins. On n'est pas très écouté.

Au fil du temps, l'odontologie est sortie des hôpitaux de proximité où on avait pourtant un lien avec des praticiens de nuit qui faisaient des vacations. Et on ne leur donne plus les moyens d'avoir la place dans les hôpitaux. Il y a effectivement ce travail qu'on a commencé à mener. Pascal, on a besoin de toi, avec l'Assurance Maladie, avec la Direction générale de l'offre de soins. Je pense qu'il doit y avoir une organisation nationale.

Dans les ARS, on doit partager les constats. Mais il y a des moyens, on est dans un système organisé en France. On doit améliorer. Il y a un problème d'accès dans les territoires, qui pose souci à tout l'écosystème. On a des patients en errance. Comment peut-on tolérer d'avoir deux ans d'attente ?

Pr Michèle MULLER-BOLLA

Je vous embêterai aussi. Il y a une solution qui doit être nationale, avec tous les acteurs de santé, parce que ce n'est plus possible d'avoir ce délai d'attente.

M. Pascal JACOB

Il faut vraiment que l'odontologie prenne tous les trains. Et il y en a beaucoup à prendre. Il y en a un qui s'appelle Handibloc. Personne ne le connaît. On a ramené ça de Suède jusqu'à Brest.

De quoi s'agit-il ? Vous savez ce qu'est un bloc opératoire. Un chirurgien qui a besoin d'un anesthésiste pour opérer. Une fois opéré, c'est fini. Handibloc, c'est différent.

C'est un contact entre un anesthésiste et un médecin traitant. Il regarde tout ce qui est à faire lors d'une anesthésie auprès d'une personne. À l'aide d'une anesthésie, on peut faire cinq, voire six, voire sept opérations. Je dois vous avouer, qu'aujourd'hui, nous avons 19 hôpitaux qui ont démarré Handibloc.

Je ne vous parle pas en tant que parent de régler plusieurs problèmes en même temps. Mais il faut que le dentaire y soit.

On a des Handibloc qui s'installent. Je viendrai vous aider et la Cnam va favoriser ça. Là où on va créer un Handibloc, où il n'y avait pas d'anesthésie possible pour les personnes vivant avec un handicap, allez-y !

Pr Michèle MULLER-BOLLA

Benoît Perrier et moi-même avons repéré ce nouveau concept Handibloc qui constitue une approche très intéressante.

Nous l'avons évoqué avec la Direction générale de l'offre de soins qui doit nous recontacter.

Actuellement, il y aurait des consultations de différents médecins organisées pour un même patient en situation de handicap mais elles n'ont pas été associées, me semble-t-il, à une prise en charge bucco-dentaire sous anesthésie générale.

M. Pascal JACOB

Ça marche tellement bien à Brest qu'on est passé d'une demi-journée Handibloc par semaine à une journée entière.

C'est formidable.

Bien sûr, les chirurgiens ne sont pas toujours enclins à suivre les anesthésistes mais les choses évoluent. Même les chirurgiens-dentistes.



Comment travailler ensemble : l'apport de la e-santé dans le Parcours de santé

Table ronde avec :

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

On a parlé de l'e-santé, terme vaste.

Pour vous, elle commence par des solutions techniques, technologiques, les plus concrètes possibles, à commencer par le rappel des rendez-vous, au plus près des patients...

Mme Marie-Jeanne RICHARD (UNAFAM)

Présidente de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Je représente une association de familles de personnes qui accompagnent des personnes ayant des troubles psychiques, très souvent porteurs aussi de troubles cognitifs.

Le premier point, c'est de rappeler le rendez-vous. Ça paraît bête, mais si vous ne le rappelez pas – surtout qu'aujourd'hui, les rendez-vous sont souvent à distance –, la personne ne va pas aller à son rendez-vous.

Pire, elle ne va pas vous en demander un autre. Donc, on prend six mois, parfois un an, parfois plus pour aller au rendez-vous. Pour moi, c'est donc vraiment le b.a.-ba.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Un b.a.-ba pas forcément mis en œuvre partout...

Mme Marie-Jeanne RICHARD (UNAFAM)

Non. Et nos proches n'ont pas toujours un smartphone.

Et un smartphone qui fonctionne.

On a donc tout ça à mettre en place.

Et pourtant, ils ont des besoins en santé bucco-dentaire très importants.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Vous placez beaucoup d'espoir dans le développement de l'e-santé ?

Mme Marie-Jeanne RICHARD (UNAFAM)

Oui, souvent, les maladies psychiques apparaissent entre 16 et 25 ans (l'adolescent et le jeune adulte).

Dans le futur, ces personnes auront quand même acquis toute l'expérience du smartphone et du numérique. Il va falloir s'appuyer sur cette expérience pour développer l'e-santé.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Vous partagez cette vision à APF France handicap ?

Mme Karine POUCHAIN-GREPINET (APF France Handicap)

Conseillère Nationale Santé, Direction développement associatif et politiques d'inclusion d'APF France Handicap

Tout à fait.

L'e-santé a des aspects très positifs pour faciliter les prises en charge de soins, en particulier dans l'accompagnement thérapeutique à domicile des patients atteints de maladies chroniques : augmentation de la fréquence des contacts avec les professionnels de santé, possibilité d'obtenir un traitement ponctuel et d'être rassurés en attendant une consultation en présentiel...

On l'a vu avec tous les exemples ce matin. L'e-santé peut aussi faire gagner du temps aux soignants, aux patients...

À APF France handicap, nombre des personnes que nous représentons ont un handicap moteur. La téléconsultation est très facilitante à cause de la problématique de la mobilité des personnes : elle permet d'éviter la question des transports souvent inaccessibles. C'est donc une solution pertinente pour l'avenir.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Dr Biotteau, pouvez-vous nous réexpliquer ce que vous avez porté. Une expérimentation sous la forme de la téléodontologie...

Dr Christian BIOTTEAU (UNAPEI)

Vice-Président et Administrateur en charge de la santé de l'Unapei (Union nationale des amis et parents d'enfants avec un déficit intellectuel)

C'est une petite expérimentation qui ouvre sur l'e-santé.

Ou plus exactement sur la télésurveillance qui permet d'analyser à distance une imagerie.

Nous sommes loin du programme Oralien, qui fait appel à l'intelligence artificielle.

Malheureusement, notre expérimentation, fortement impactée par la Covid, a dû être stoppée.

C'est une expérimentation qui se voulait innovante en 2015 quand on a commencé.

Depuis, la technique a beaucoup évolué, avec l'aide d'une petite caméra, on a fait un diagnostic de l'état dentaire de personnes en situation de handicap simplement avec des prises de vue.

On a choisi quatre départements : le Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais et la Bretagne sur des établissements bien ciblés (MAS, FAM et foyers de vie).

Soit 1 468 résidents au total, sur 2018 et 2019.

Puis la Covid arrive, période pendant laquelle on ne pouvait pas faire de soins.

Reprendre ensuite l'expérimentation a été compliqué.

Le personnel, que nous avons formé, était parti. Il aurait fallu reformer des équipes, et nous étions à court de moyen financier.

Nous avons donc décidé de clore et de valoriser au mieux cette expérimentation.

Par contre, on a bien vu que les freins se situaient dans la lecture de l'imagerie faite par les professionnels dans les facultés, qui prenait du retard.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Vous avez touché du doigt une des limites.

Construire une base de données avec 1 468 bouches, c'est du temps d'analyse...

Dr Christian BIOTTEAU (UNAPEI)

Exactement.

C'est un travail colossal et un des gros problèmes de l'expérimentation.

Notre objectif était de classer en cinq scores l'ensemble des bouches photographiées.

Du score 1 où tout est bien, il n'y a rien à faire, jusqu'au score 5, nécessitant des soins immédiats.

En tant que praticien, médecin généraliste, je me disais « c'est génial, on va détecter et soigner très rapidement ».

Il s'est avéré que le retard d'analyse des images a retardé considérablement les soins.

Un élément positif important. Sur les 1 468 résidents, on dénombre 1 432 visites effectuées, ce qui est énorme, et 1 397 diagnostics.

Diagnostics faits sur le lieu de vie des personnes vivant avec un handicap, leur évitant ainsi un déplacement. Il y a eu de la perte dans la prise de vue, ce n'est pas toujours facile.

L'opérateur n'est pas celui qui lit. Il n'y avait pas d'intelligence artificielle pour corriger.

Le programme Oralien a montré des choses extraordinaires. Je pense qu'on a pris le départ un peu trop tôt, avec des outils vite dépassés.

Mais ça a permis aux équipes professionnelles de s'intéresser à la santé bucco-dentaire, de faire passer des messages sur l'hygiène dentaire, et de sensibiliser les personnes handicapées à l'hygiène dentaire.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Vous parlez des outils, des caméras pas assez bien adaptées...

Dr Christian BIOTTEAU (UNAPEI)

Des caméras de la taille d'un crayon, qu'il nous fallait mettre en bouche, et dont certaines (2 à 3) ont été mastiquées !

Mais en conclusion, il faut retenir que cette expérimentation n'a peut-être pas débouché sur le soin comme on l'aurait voulu, mais nous avons mis en place de la prévention et de la détection des soins à faire grâce à une imagerie à distance.

Dr Anne ABBE-DENIZOT (UFSBD)

Et la formation qui l'accompagne...

Dr Christian BIOTTEAU (UNAPEI)

Bien sûr.

Et l'Unapei soutient, bien évidemment, toutes ces formations du personnel et de sensibilisation des personnes handicapées à la prévention dentaire.

Pour terminer, en tant que président de la commission santé et bientraitance de l'Unapei, sachez que nous n'y traitons pas seulement l'accès aux soins, mais aussi la prévention et la formation, avec une vision très globale de la santé.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

François Revol, vous portez une attention particulière aux relations humaines.

L'e-santé, d'accord, mais n'oublions pas la qualité de la relation soignants-soignés...

M. François REVOL (Paralysie Cérébrale France)

Directeur Général de l'Association départementale des infirmes moteurs cérébraux de la Haute-Savoie (Adimc 74), représentant de Paralysie Cérébrale France

Il y a 40 ans, l'UFSBD faisait déjà des visites de prévention dans les établissements et clairement, aujourd'hui, la perspective de l'e-santé va nous permettre une accélération de ces questions.

Ce qui est important, et qu'on a bien entendu ce matin, c'est la disponibilité de personnels que demande cet accompagnement, soit du côté du personnel accompagnant ou des aidants familiaux et du côté des chirurgiens-dentistes.

Il y a du temps passé, de manière importante, pour bien accompagner ces personnes.

J'ai été très impressionné par ce qui a été dit aujourd'hui : cela montre une évolution considérable de la prise en considération des besoins de soins de ces personnes, en particulier en ce qui concerne les personnes les plus sévèrement en situation de handicap et pour lesquelles on a bien rappelé l'importance vitale de la prévention.

Ces interventions nécessitent de fonctionner avec des référents qui coordonnent les soins dans nos établissements. Et je voudrais revenir sur la problématique du consentement, évoquée plusieurs fois ce matin.

Ce n'est pas simple quand on parle de personnes avec des déficiences très profondes et des incapacités d'accéder à l'autonomie pour exprimer leur consentement.

Encore aujourd'hui, des situations très graves de refus de soins sous prétexte qu'on ne sait pas qui doit donner le consentement.

Refus de soins imputables à un défaut d'information des professionnels.

Il y a une méconnaissance de la loi, y compris par les praticiens et praticiens hospitaliers.

On interroge des personnes pour donner le consentement à la place d'une autre alors qu'elles ne sont pas en mesure de le donner.

Je pense en particulier aux tuteurs, désignés par la justice, qui disent qu'ils n'ont pas à se positionner sur un consentement. Je connais des personnes qui attendent depuis des années des soins sous anesthésie générale, parce que l'anesthésiste refuse d'opérer sans la signature du tuteur, qui lui-même refuse de signer.

Il y a une urgence à traiter par la loi, par les recommandations, par l'information, cette problématique grave.

Je crois que c'est important qu'on y réfléchisse tous ensemble.

Dr Anne ABBE-DENIZOT (UFSBD)

Vice-Présidente de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

Le praticien doit demander le consentement dont il a besoin pour certains actes comme les extractions.

Et si le tuteur ne le donne pas, je ne vois pas comment il peut passer outre.

Parce que nous ne sommes pas reconnus comme une spécialité d'urgence. Il n'y a pas d'urgence mortelle à ne pas soigner les dents. Il y a une urgence, qui n'est pas immédiate.

C'est un vrai souci : notre praticien de base dans son cabinet n'est pas autorisé à prendre une décision en dehors du tuteur.

Mme Sahar MOUSSA-BADRAN (maître de conférences à l'UFR d'odontologie de Reims en santé publique et en droit médical)

Nous avons besoin effectivement de l'autorisation de la tutelle pour une simple raison, c'est que notre spécialité, bien que médicale, n'apporte pas un soin d'urgence qui porte sur le pronostic vital de la personne à soigner et que nous portons atteinte à l'intégrité des personnes par essence.

Si nous avons le titre de chirurgien-dentiste, c'est parce que nous tranchons dans les tissus, qu'ils soient minéralisés ou pas.

M. François REVOL

C'est bien toute la difficulté du débat, c'est ce dont vous avez besoin mais le tuteur dit qu'il n'a pas, dans sa responsabilité, à se porter garant pour la personne du consentement de la personne.

Mme Sahar MOUSSA-BADRAN

Sauf que la réforme de la loi dit qu'il prend soin de la personne et non pas seulement de son patrimoine.

M. François REVOL

Je veux bien que vous me disiez que ça va bien. Mais la réalité du terrain montre qu'il faut faire évoluer...

Mme Sahar MOUSSA-BADRAN

Une fois qu'on explique aux tutelles que l'article de loi dit qu'on doit se positionner sur l'avis de la personne, sur son projet de vie, etc., ils comprennent beaucoup mieux.

M. François REVOL

Comment ça se solutionne ?

En tant que directeur d'établissement, en charge de la santé des personnes, je prends la responsabilité de signer l'autorisation pour ces personnes.

Ce qui n'a pas de sens non plus.

Mme Sahar MOUSSA-BADRAN Imaginons qu'il se passe quelque chose, qui va en prendre la responsabilité médicale ?

M. François REVOL

Notre souci, c'est la bonne santé des personnes.

Et c'est triste qu'on n'arrive pas à avancer.

Mme Sahar MOUSSA-BADRAN

Il faut former nos chirurgiens-dentistes, mais aussi les tuteurs administratifs et professionnels au soin dentaire qui est un soin très particulier par rapport au soin médical.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Le contentieux est très faible en la matière...

Mme Sahar MOUSSA-BADRAN

Forcément, parce qu'ils sont tellement contents d'avoir un chirurgien-dentiste qui les prend que nous n'avons aucune plainte dans ce domaine.

Dr Anne ABBE-DENIZOT

Je pense que cela peut changer.

Ça fait 30 ans que j'exerce. Je suis membre du Conseil de l'Ordre et je vois monter les réclamations.

C'est aussi pour ça que les réseaux sont importants. Quand on prend une décision d'anesthésie générale, par exemple, il y a intérêt à ce que la décision soit collégiale.

S'il y a le moindre souci, sans collégialité, cela devient très compliqué. Les affaires qu'on a désamorcées l'ont été parce que la décision était collégiale.

Le dentiste libéral qui a envoyé la personne, le chirurgien-dentiste qui l'a vue dans la structure Handiconsult ou autres.

Et le chirurgien-dentiste qui a décidé, in fine, de faire l'anesthésie générale et l'acte. Ce sont les trois qui décident en même temps et c'est cela qui les « protège » après la décision.

Mais il y a déjà une montée des récriminations. On les amortit grâce à cette collégialité.

Mais cela arrive plus souvent que quand j'ai commencé ce type d'exercice.

M. Didier GADEL (Association ALLER PLUS HAUT)

J'ajoute une casquette par rapport à mon parcours professionnel.

Je suis ancien mandataire judiciaire protection des majeurs au sein d'une Udaf, une Union départementale des associations familiales.

La question du recueil du consentement des personnes a été et reste une problématique majeure.

Le Code civil détermine effectivement qu'il y a une protection aux biens et/ou à la personne. Je corrige juste le fait que la protection du patrimoine existe encore.

Deuxièmement, en ce qui concerne le recueil du consentement, le Code de la santé publique, dans son article L.1111-4, mentionne bien que, prioritairement, on recueille le consentement de la personne, même si elle est sous tutelle.

Si elle ne peut pas consentir de manière éclairée, on se tourne vers son tuteur.

Pour harmoniser, comment nous, professionnels ou aidants familiaux, pouvons aider le chirurgien-dentiste, le praticien en général à s'assurer que le consentement est libre et éclairé. Il n'y a aucune définition du consentement dans la loi.

J'en parlais tout à l'heure en évoquant le programme Oralien : la personne qui ouvre la bouche avec un grand sourire, on se doute de son consentement.

Mme Sahar MOUSSA-BADRAN

C'est un assentiment en soins...

M. Didier GADEL

Exactement.

Je pense que la clé de voûte pour travailler main dans la main, c'est justement de voir comment être aidant dans l'expression de ce consentement.

Après, j'insiste et je rejoins François Revol dans cette analyse. Il peut arriver que des tuteurs familiaux, professionnels se sentent éloignés de cette autorisation.

Pour autant, la loi leur demande d'intervenir. Et je vais aller plus loin. Lorsque j'ai des tuteurs qui ne veulent pas se prononcer, j'interpelle le juge des tutelles.

N'oublions pas qu'ils ont un mandat. À ce titre, ils répondent à l'exécution de ce mandat. Et le magistrat peut intervenir pour mettre un coup de semonce et rappeler la règle du mandat. Même si 8 000 dossiers par juge, ça met du temps.

M. François REVOL

On est d'accord. Mais quand quelqu'un souffre depuis des mois et qu'on est en attente de la décision de l'un ou de l'autre, on se pose de réelles questions.

Et je te rejoins, une conférence de consensus avec un accompagnateur et deux soignants me permettrait beaucoup plus faciles à mettre en place pour assurer les soins plus rapides.

Ces débats sont passionnants, ils montrent l'engagement des chirurgiens-dentistes et de l'UFSBD depuis 50 ans. C'est très bien.

Je vois deux autres petits points d'attention : le risque d'une fracture numérique importante, avec des disparités territoriales et par mode de financeurs.

On peut penser que les établissements médicalisés, sous tutelle de l'Assurance Maladie, vont rapidement être favorisés par rapport aux établissements qui dépendent de conseils départementaux.

Il faut que le mode de financement de cette intelligence artificielle par système de santé soit relativement équitable et qu'on s'en assure tous ensemble.

On doit s'assurer qu'on touche bien tous les établissements et services et personnes en situation de handicap.

Il y a des disparités importantes en fonction des départements. Je pense qu'il faut bien inclure ce besoin dans les recommandations de bonnes pratiques et dans les évaluations des établissements.

Enfin, second point d'attention : on est dans une crise de nos structures et du médico-social qui interpelle.

Ce serait bien de commencer par les soins bucco-dentaires, mais ce serait bien aussi de pouvoir lever les personnes polyhandicapées de nos établissements, les alimenter, assurer leur sécurité.

Il ne faut pas qu'il y ait un décalage entre ces avancées considérables qui continuent sans prendre en compte les difficultés du secteur...

Bien sûr, Pascal Jacob a raison : il y a 90% des personnes qui vivent à domicile. Heureusement. Et il faut qu'il y en ait plus encore, on est d'accord.

Mais on peut faire tous les projets de santé publique qu'on veut, si on oublie 10% des personnes handicapées, on va se trouver face à des problèmes considérables d'un point de vue humain. Et c'est ce qu'on voudrait ensemble éviter.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Quels sont vos retours de terrain sur l'e-santé ? Qu'est-ce qui émerge de significatif dans vos réseaux ?

Mme Karine POUCHAIN-GREPINET

Je ne vais pas revenir sur les points positifs évoqués ce matin mais rebondir plutôt sur les points de vigilance. Je rejoins M. François Revol sur le risque potentiel de la perte du lien humain.

Certes, l'e-santé est une solution, mais ce n'est pas la panacée.

Ce dont on a besoin aussi, c'est de renforcer le lien humain soignants-soignés.

Je vous rejoins aussi sur la question de la fracture numérique. Certes, le portable est dans notre quotidien, mais beaucoup de personnes n'ont pas encore accès à ces outils. Cette fracture numérique se superpose aux déserts médicaux.

Ce sont souvent les mêmes zones blanches qui sont frappées par cette pénurie des ressources humaines en santé et cet accès inégal au numérique.

Il va donc falloir mettre les moyens dès à présent et de manière ambitieuse pour réduire cette fracture numérique et ce, autour de trois axes :

- les équipements dans les territoires,
- les équipements pour les foyers les plus précaires,
- mais aussi l'accompagnement à l'utilisation du numérique.

D'un point de vue plus macro, l'e-santé ne doit pas servir d'excuse pour ne pas rendre accessibles les lieux de soins du point de vue du bâti – accéder facilement à un lieu de soins en venant en voiture, en transports en commun, pour une personne en situation de handicap.

Mais aussi du point de vue des équipements de soins, de tables d'auscultation, de fauteuils, qui ne sont pas facilement accessibles pour ces personnes, pour lesquelles un transfert entre un fauteuil et un matériel reste difficile à mettre en place.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Il y a aussi l'accessibilité immatérielle...

Mme Karine POUCHAIN-GREPINET

Exactement. Il y a aussi la formation des professionnels, la communication. Cette accessibilité universelle ne doit pas être oubliée.

Il ne faudrait pas que l'e-santé serve d'excuse aux pouvoirs publics et aux soignants pour ne pas rendre leurs lieux de soins accessibles.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Ça renvoie à la question des annuaires. Ça fait partie des attentes quand on parle d'e-santé, des outils qui permettraient de repérer des partenaires qui peuvent réorienter...

Vous avez des attentes de ce côté-là ?

Mme Karine POUCHAIN-GREPINET

APF France handicap a mis en place une expérimentation dans les Pays de la Loire et en Île-de-France, avant la Covid, pour recenser les professionnels libéraux accessibles, au sens de l'accessibilité universelle.

Nous avons donc mis en place sur ces territoires un annuaire pour permettre aux personnes d'avoir facilement accès à une information et de savoir si tel ou tel soignant était accessible.

D'autres expérimentations existent en Normandie, notamment avec le Réseau de services pour une vie autonome (RSVA). Cette expérimentation a montré que c'était possible, que les soignants avaient envie de mettre en avant leur accessibilité, aussi partielle soit-elle.

De ce fait, nous nous sommes rapprochés du Service public d'information en santé (SPIS) qui a accepté de nous suivre dans cette aventure et est aujourd'hui en train de la généraliser grâce au site internet sante.fr.

Nous menons ensemble un travail de mobilisation des professionnels soignants. Les ordres jouent le jeu, l'Assurance Maladie aussi, pour que cet annuaire soit peuplé et qu'il serve à toutes les personnes en situation de handicap, quel que soit le type de handicap.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

Vous rejoignez cette attente, Mme Richard ?

Mme Marie-Jeanne RICHARD

Tout à fait.

Un annuaire est toujours quelque chose d'utile.

Les personnes ont parfois du mal à trouver autour de chez elles ce qui existe.

Donc, il faut pouvoir repérer. C'est aussi une manière d'identifier les trous dans la raquette.

On les connaît mal. Ça sera l'occasion de voir que des personnes doivent faire beaucoup de kilomètres pour aller vers des soins adaptés à leur situation.

Dr Anne ABBE-DENIZOT

La Haute-Savoie est plutôt bien représentée pour une raison particulière : on a monté une association et on s'est appuyé sur l'Unafam pour avoir du poids auprès de l'hôpital et créer la structure Handiconsult.

Mais il y a un revers de la médaille.

Maintenant qu'il y a ce circuit qui ne marche pas si mal, on a un désengagement de la prévention. Et c'est un vrai problème. On envoie désormais vers Handiconsult sans se poser de questions.

Les praticiens moins, mais les établissements oui, et les particuliers aussi, beaucoup. Attention, le corollaire n'est pas de mettre en place une ligne de soins, mais de pouvoir exiger la mise en place de la formation et de la prévention à côté.

Sinon, on va être débordé.

Les structures de soins Handiconsult et les réseaux de soins, quels qu'ils soient, ne peuvent pas tout absorber, même s'ils sont aujourd'hui très performants. Il faut que la prévention se mette en place.

Mme Marie-Jeanne RICHARD

On est tout à fait d'accord avec vous sur l'importance de cette prévention. Je voudrais préciser qu'elle est compliquée pour les personnes hors établissements. Vous disiez qu'elles se portent bien, ce n'est pas vrai.

En ce qui concerne le handicap psychique, 90% des personnes vivent dans la cité. Seules 8% ont un service d'accompagnement à la vie sociale.

Aller vers ce système de prévention nécessite un accompagnement des personnes vivant dans la cité.

La prévention démarrera grâce à cet accompagnement. Et sans lui, il y aura encore plus de difficultés d'accès aux soins.

Il ne faut pas toujours demander aux aidants d'être les accompagnants. Parfois, ils ne peuvent pas.

Et ce n'est pas la bonne solution. Ils doivent avoir leur place de frère, de conjoint, et non pas de soignant ou d'accompagnant.

M. François REVOL

Bien entendu, les personnes en situation de handicap qui vivent à domicile ont besoin d'un parcours de soins coordonnés et de services d'accompagnement, médicalisé ou pas, qui favorisent ces parcours de soins coordonnés.

C'est indispensable. Et c'est un développement sur lequel il y a un travail considérable à mener.

Question d'un participant en visio

Qu'en est-il de la formation initiale des aidants professionnels, AS, AES, IDE, intervenant en établissement au service social ou médico-social ?

M. François Revol

Les personnels soignants sont plutôt bien préparés maintenant à intégrer la problématique des soins bucco-dentaires et de la prévention.

Par contre, les AES, c'est très insuffisant, sans parler des éducateurs spécialisés, des moniteurs éducateurs, etc. Or, lorsqu'il n'y a pas d'aide-soignant, la personne compétente pour accompagner les actes de la vie quotidienne, c'est l'AES.

Il y a donc un très gros effort pour intégrer ces questions de prévention en santé dans les formations d'AES.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

D'où l'intérêt des formations des correspondants en santé orale, qui peuvent se développer dans certaines régions. Quel peut être le rôle des médecins généralistes sur la santé bucco-dentaire, Dr Christian Biotteau ?

Vous qui êtes un médecin tout juste retraité.

Dr Christian BIOTTEAU

L'accès aux soins, pour les personnes handicapées, c'est difficile.

Mais il faut se dire aussi que c'est difficile pour beaucoup de gens, à cause de la désertification médicale. J'étais médecin généraliste jusqu'en avril, dans une bourgade de 4 000 habitants.

On avait un dentiste, on en a maintenant deux, on a beaucoup de chance, mais ce n'est pas partout pareil. Il faut bien voir que cet accès aux soins, faire du dépistage, c'est très bien.

Mais si on ne peut pas les accompagner ensuite et les soigner, c'est difficile.

Il faut faire beaucoup de kilomètres pour soigner.

Dr Benoît PERRIER

On a un challenge sur la prévention donnée par la nouvelle dénomination du ministère, mais c'est un enjeu structurel pour toute la population.

Tous les travaux sur le handicap serviront demain à toute la population. Mais les déterminants de la santé dentaire sont dans le quotidien pour éviter les pathologies.

Cela doit s'intégrer dans la formation initiale des différents acteurs, autour des populations en situation de handicap. On a la même chose avec le vieillissement de la population.

On doit mener un challenge collectif global pour initier cette culture de la prévention, dans l'environnement des personnes.

Question d'un participant en visio

Question sur internet : l'e-santé en cabinet serait-elle une solution pour aider au diagnostic et à démystifier le cabinet ?

Dr Benoît PERRIER

Quand on regarde les données, moins d'un Français sur deux va régulièrement chez un chirurgien-dentiste.

La question est plutôt d'aller vers la population.

C'est notre mission à l'UFSBD quand on va faire du dépistage dans les centres où on a réussi à nouer du partenariat.

Là où il y a un grand avenir, c'est dans la télésurveillance qu'on a évoquée.

Elle doit pouvoir, demain, se généraliser, en lien avec un dentiste traitant pour manager au mieux s'il y a des besoins de soins.

On a un problème de ressources professionnelles dans tous les domaines de la santé. Nos cabinets ne sont pas épargnés par un turn-over des assistants dentaires. On doit avoir un système le plus vertueux possible. La majorité des pathologies bucco-dentaires sont évitables.

Actuellement, on laisse des personnes tomber malades pour différentes raisons sociétales. Au fur et à mesure, on a une saturation du système de soins, avec des problèmes de désertification qui s'ajoutent. C'est un enjeu global.

Le cabinet dentaire doit se concentrer sur l'acte. Le temps médical est une ressource précieuse.

L'e-santé doit être un support pour l'économiser ou le faciliter : le rappel de SMS, c'est basique mais c'est important pour tout le monde pour limiter les pertes de temps médical par les rendez-vous non honorés.

L'e-santé doit proposer un ensemble de services supports, mais il faut faire attention à ne pas détourner le professionnel de son métier. Elle doit être un plus pour maintenir et initier des liens, aller vers la population.

Mettre en contact s'il y a des besoins de soins.

C'est cet objectif de bien repositionner chacun à sa place qu'il faut porter. Le professionnel doit se concentrer sur son cœur de métier, avant tout, pour répondre aux besoins de la population.

Question d'un participant en visio

Quel est le rôle exact des chirurgiens-dentistes référents handicap au sein des conseils de l'Ordre départementaux.

Dr Anne ABBE-DENIZOT

On a mis en place le référent avec l'Ordre parce qu'effectivement, des patients ne savent pas à qui s'adresser.

Vous avez parlé de l'annuaire de santé.

Vous pouvez avoir un accès parfait, et un praticien qui ne sait pas y faire. Vous avez des praticiens qui savent y faire et qui ont plus de difficultés d'accès. Le rôle du référent handicap, justement, c'est de connaître la structure de son département, savoir quels praticiens travaillent et sur quels types de handicap.

Et comment se mettre en lien avec les réseaux qui peuvent être locaux ou départementaux, parfois régionaux ?

Comment se mettre en lien en fonction de la difficulté et du handicap ?

Le référent handicap est un chirurgien-dentiste.

Il peut être en lien avec le patient directement ou son accompagnant et l'orienter en fonction du besoin qu'il analyse.

Pour nous, c'est important, ça peut permettre de trouver des solutions et d'ouvrir la prise en charge.

Malheureusement, les patients ne sont pas toujours au courant qu'il y a ces référents handicap et ne s'adressent pas toujours à eux.

C'est dommage, parce qu'ils sont au courant de tout dans leur environnement propre.

Il y a un référent handicap dans chaque département.

C'est une obligation des conseils de l'Ordre d'en nommer un.

En général, celui qui choisit d'être référent handicap est quelqu'un qui fait partie du réseau local, souvent un membre de l'UFSBD parce qu'il croit à la prévention. Ils sont bien au courant, ils jouent parfaitement leur rôle.

Vous pouvez en témoigner, ils travaillent très bien, mais il faut s'adresser à eux.

Frédéric LOSSENT, journaliste et animateur du Colloque

François Revol dit oui, vous confirmez...

M. François REVOL

Oui.

On a la chance d'avoir une pratique historique avec Handiconsult, puisque c'était la première consultation dédiée. Il faut savoir qu'il y a une vingtaine de spécialités médicales et chirurgicales à Handiconsult.

Et 50% des consultations sont des consultations bucco-dentaires organisées, coordonnées par notre association commune, UFSBD chirurgiens-dentistes et les associations de patients partenaires, qui s'appellent Dentdicap74.

Donc, effectivement, ça nécessite un engagement et une coordination départementale qui sont souvent portés par l'UFSBD.

Dr Benoît PERRIER

Ces référents handicap ont été institués dans tous les départements suite au Rapport de la Mission HANDICAP ET SANTE BUCCO-DENTAIRE – « Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées » Dr Patrick HESCOT Dr Alain MOUTARDE 2010

Avec l'idée, lorsqu'il y avait des difficultés locales, d'avoir un interlocuteur qui puisse trouver les solutions.

On a un problème sur du recours spécialisé. De temps en temps, on n'a pas la ressource sur place.

C'est pour ça qu'il y a le lien régional.

Mais on espère avancer pour améliorer l'organisation territoriale sur le second recours.

M. François REVOL

C'est important de penser à cibler les jeunes professionnels.

On a beaucoup connu ça avec des professionnels très expérimentés, parfois des retraités bénévoles qui sont intervenus. Et on a plus de difficultés à motiver les jeunes chirurgiens-dentistes.

Je pense qu'il y a sûrement des actions à mener en cours de formation pour les sensibiliser tout de suite à ce besoin.

Question de la salle

Dr Philippe Wagner

Président régional (Bourgogne-Franche-Comté) et départemental (Yonne) de l'UFSBD

On a mis en place à Sens un contrat local de santé où on s'occupe surtout actuellement des personnes en situation de handicap et prochainement des Ehpad.

Je voulais savoir quelle est la manière la plus facile de former les aides-soignants et AES pour les patients à domicile.

Pour les personnes en structure, c'est beaucoup plus facile. Pour les personnes à domicile, il faut les regrouper.

Dr Anne ABBE-DENIZOT

On a de l'expérience sur les Samsah, notamment.

D'ailleurs, quand on avait fait notre colloque sur les aidants, ils avaient évoqué la difficulté des actes à domicile.

Quand les Samsah nous le demandent, l'UFSBD a tout à fait la capacité d'organiser des sessions spécifiques pour ces personnes.

La difficulté réside aussi dans le fait que, quand on est à domicile, on n'a pas toujours des patients coopérants. Et la personne aidante est un peu solitaire dans ce système.

Je le vis actuellement avec un grand-père de 91 ans, mon beau-père, qui s'est retrouvé à la maison et a commencé à avoir des caries.

Comment moi, la dentiste autant impliquée dans la prévention, je me retrouve dans une situation où j'ai du mal à mettre en place une hygiène quotidienne ?

La famille est la plus mal placée...

Et la personne aidante est une vraie ressource pour moi parce qu'il l'écoute plus que nous, même si elle n'y arrive pas toujours.

Il faut une sacrée volonté de l'aide-soignante pour mettre en place cette hygiène quotidiennement.

Le domicile est un vrai challenge.

L'UFSBD en a parfaitement conscience.

M. François REVOL

Pour compléter sur la question de la formation...

Il faut faire la promotion de l'e-learning qui nous a été présenté.

C'est très important pour les services à domicile, parfois éloignés de ces questions de santé.

À nous de faire cette promotion auprès des services d'aide à domicile, qui vivent eux-mêmes une crise de recrutement et de turn-over permanent.

Il faut qu'on aille vers eux et qu'on se demande comment les toucher. On a des outils prêts à être utilisés pour cela.

Dr Anne CARLET

On a des formations qui se font localement auprès des SSIAD, les services de soins infirmiers à domicile, mais ce sont des demandes locales.

Il faudrait faire fonctionner l'information, aller au-devant.



Conclusion

Dr Benoît PERRIER

Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

On a l'habitude de dire à l'UFSBD que les colloques ne sont pas une fin en soi mais un début d'action. Tous nos colloques sont là pour ouvrir les champs d'action.

On a déjà plusieurs rendez-vous pris pour les construire. Dans notre programme associatif triennal, le domicile est un axe de nos priorités. Il est un vrai challenge sur lequel il est compliqué d'agir sur l'environnement, même dans la formation continue.

À domicile, si la personne aidante professionnelle part en formation, il n'y a plus personne derrière. Et c'est un gros souci dans la formation continue des personnes qui travaillent à domicile.

L'e-learning peut être une très bonne réponse, parce qu'il est difficile de coordonner la réunion d'un groupe en un temps, à une date donnée.

On a rencontré ces difficultés par le passé. Et, effectivement, il faut pouvoir utiliser des technologies pour aller vers des publics qu'on peine à intégrer dans une dynamique de prévention.

On a la crise Covid qui atteint tous les secteurs et le secteur dentaire, dont les patients derrière. On constate une difficulté d'accès à la santé, avec une profession touchée par un choc générationnel, avec des départs en retraite en nombre, des problèmes de répartition comme dans toutes les professions et un accroissement de la demande.

Les différentes structures portent des réflexions. En dentaire, on a un écosystème assez organisé, chacun à sa place et son rôle.

Au niveau de l'UFSBD, c'est l'action de sensibilisation et de prévention. On peut tous avoir une bonne santé bucco-dentaire, même si on est en situation de handicap, même si on vieillit.

C'est la chose dont on doit être convaincu.

Il faut essayer de tout faire dans nos environnements pour favoriser cette démarche préventive : par l'information, la communication, la sensibilisation, la formation, le dépistage et le monitoring.

L'e-santé, pour nous, c'est un développement qui va prolonger l'action. Ce sont des évolutions qui portent une révolution de pratiques sans doute.

Ce qui est important, c'est que ce soit utile. C'était intéressant l'expérimentation caméra telle que vous la reportiez.

Ça donne du sens pour repositionner le temps médical sur l'essentiel quand la ressource est rare.

C'est donc maintenant que l'action commence ou continue avec ce que nous allons faire de ces éléments, chacun dans notre quotidien.

Vous retrouverez les actes de ce colloque et la documentation associée sur notre site internet prochainement.

Je tiens à remercier toutes les équipes de l'UFSBD, dans les départements parce que l'UFSBD est un réseau d'associations départementales, tous les bénévoles, le personnel administratif, l'équipe du national pour l'organisation de ce colloque et tous nos partenaires, les acteurs qu'on côtoie depuis des années.

C'est toujours un travail de co-construction, on n'avance pas seul mais tous ensemble.

On peut porter les thématiques et aussi, en tant que professionnels, on a besoin des usagers pour faire progresser l'état de santé, nous aider à le porter sur l'aspect législatif et auprès de différents interlocuteurs.

On se donne rendez-vous pour œuvrer dans la diffusion de la prévention et, notamment, par l'e-santé.



Annexe



Prévention Bucco-Dentaire et Handicap, la e-santé, un véritable atout !

Une guide à télécharger






Vendredi 21 octobre 2022 – XXXIII^e Colloque National de Santé Publique de l'UFSBD



<https://www.ufsbd.fr/espace-personnes-en-situation-de-handicap/sources-et-ressources/>



LES RECOMMANDATIONS DE L'UFSBD POUR UNE BONNE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

	2 brossages par jour matin et soir pendant 2 minutes
	L'utilisation d'un dentifrice fluoré
	L'utilisation du fil dentaire ou de brossettes avant le brossage
	Une visite au moins 1 fois par an chez le dentiste , et ce dès l'âge de 1 an
	Une alimentation variée et équilibrée

Deux sites ressources :

maBouchemaSanté.fr

100% dédié au Grand Public

ufsbd  www.ufsbd.fr
UNION FRANÇAISE POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE



UFSBD, 7 rue Mariotte 75017 Paris

ufsbdb@ufsbdb.fr

www.ufsbdb.fr

www.mabouchemasante.fr

