



Schéma d'organisation des soins

Le Volet **Bucco-Dentaire**



SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
1 INTRODUCTION	5
1.1 LES PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES SONT FREQUENTES	5
1.2 LA PREVENTION BUCCO-DENTAIRE.....	6
2 - EPIDEMIOLOGIE	7
2.1 ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS	7
2.2 ENFANTS DE 6 A 12 ANS	8
2.3 ADOLESCENTS.....	10
2.3.1 <i>Le scorbut</i>	10
2.3.2 <i>Obésité et carie dentaire</i>	11
2.4 ADULTES.....	12
2.5 PERSONNES AGEES	12
2.6 PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP :	13
2.6.1 <i>Accueil des personnes en situation de handicap</i>	13
2.6.2 <i>Enquête transversale Nationale</i>	14
2.7 PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE	15
2.7.1 <i>La précarité est l'état de ce qui n'offre aucune garantie de durée, qui est incertain, sans base assurée, révocable</i>	15
2.7.2 <i>Effets de la précarité</i>	16
2.7.3 <i>Des inégalités sociales de la santé marquées dans le domaine buccodentaire</i>	16
2.7.4 <i>Personnes bénéficiant de la CMU-C</i>	17
2.8 SANTE MENTALE	18
2.9 PERSONNES DETENUES EN MILIEU CARCERAL (RAPPORT OBERLE)	18
2.9.1 <i>Une population défavorisée</i> :	18
2.9.2 <i>Un mauvais état de santé bucco-dentaire</i> :	19
3 METHODOLOGIE ET ETAPES D'ELABORATION	20
4 ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE.....	21
4.1 INTRODUCTION.....	21
4.2 OFFRE DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE.....	22
4.2.1 <i>Introduction</i> :	22
4.2.2 <i>Description de l'offre de prévention bucco-dentaire</i>	23
4.2.2.1 Les programmes de l'Assurance Maladie.....	23
4.2.2.2 Les programmes des collectivités territoriales.....	26
4.2.2.3 RHAPSOD'IF : un dispositif régional en direction des personnes en situation de handicap :	28
4.2.2.4 Les programmes en direction des personnes âgées dépendantes :	29
4.2.2.5 Le programme ARCADE :	29
4.2.2.6 Le bilan de la prévention bucco-dentaire en Ile de France	31
4.2.2.7 Des difficultés spécifiques repérées dans la région :	32
4.3 OFFRE DE SOINS CURATIFS	33
4.3.1 <i>Chirurgiens-dentistes libéraux</i>	34
4.3.2 <i>Centres de santé (CDS)</i>	37
4.3.3 <i>Odontologie dans les établissements hospitaliers, hors AP-HP</i>	39
4.3.4 <i>Odontologie dans les établissements hospitaliers AP-HP Hors services odontologiques hospitalo-universitaires</i>	40
4.3.5 <i>Formation initiale des chirurgiens-dentistes</i>	41
4.3.5.1 <i>Services odontologiques hospitalo-universitaires</i>	43

4.3.5.2	Internat	46
4.3.6	Permanence des soins.....	46
4.3.7	Permanence d'accès aux soins de santé – PASS.....	49
4.3.8	Réseaux de soins et de santé.....	52
4.3.8.1	Objet et missions du réseau	53
4.3.8.2	Les principaux réseaux de soins à activités bucco-dentaires (selon le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes, 16 novembre 2010)	54
5	ETAT DES LIEUX DES BESOINS.....	59
5.1	TRES JEUNES ENFANTS	60
5.2	PERSONNES AGEES	60
5.2.1	Personnes âgées dépendantes.....	61
5.3	PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES	62
5.3.1	Données populationnelles.....	62
5.3.2	Zoom sur certaines pathologies :	62
5.3.2.1	Le déficit immunitaire primitif grave, infection par le VIH :	62
5.3.2.2	Le diabète de type I et II.....	63
5.3.2.3	L'Hyper-tension Artérielle (HTA)	63
5.3.2.4	Les tumeurs malignes.....	64
5.3.2.5	L'insuffisance respiratoire chronique grave	64
5.4	PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : A DOMICILE ET EN INSTITUTION	65
5.5	PERSONNES EN SITUATION DE VULNERABILITE	66
5.6	PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX	68
5.7	PERSONNES DETENUES	68
6	ENJEUX.....	69
6.1	CONSTAT.....	69
6.2	LES ENJEUX	70
7	DE LA TRANSVERSALITE DU SROS BUCCO-DENTAIRE ET DES PRINCIPES DU PRS	71
7.1	INTRODUCTION	71
7.2	LES MOYENS.....	72
7.2.1	Le SROS bucco-dentaire dans le cadre des principes du PSRS.....	72
7.2.2	Les objectifs	73
7.2.2.1	L'inscription du SROS bucco-dentaire dans le cadre des principes du PSRS permettra	73
8	ORIENTATIONS ET RECOMMANDATIONS.....	74
8.1	FORMATION INITIALE DES ODONTOLOGISTES	74
8.1.1	Proposition des Doyens des 2 Facultés de Chirurgie-Dentaires franciliennes	74
8.1.2	Fusion des deux facultés de chirurgie dentaire :	77
8.2	PREVENTION	79
8.2.1	Orientations et recommandations en prévention.....	79
8.2.1.1	Étendre la prévention en direction des populations vulnérables	79
8.2.1.2	Prioriser l'approche territoriale et la coordination des acteurs	80
8.2.1.3	Avoir une approche sociale et culturelle adaptée aux publics visés	80
8.2.1.4	S'inscrire dans une logique de parcours de santé autour de la personne	81
8.2.1.5	Diversifier les lieux et les modes d'intervention	81
8.2.1.6	Intégrer la santé bucco-dentaire dans une approche globale de la santé	82
8.2.1.7	Développer le rôle des chirurgiens dentistes dans la promotion de la santé dentaire	82
8.2.1.8	Assurer la qualité des actions par la labellisation :	83
8.3	SOINS DE PREMIER RECOURS	83
8.3.1	Praticiens libéraux	84
8.3.1.1	Inégalité territoriale d'accès aux soins	84
8.3.1.2	Inégalités financières d'accès aux soins	84
8.3.2	Assistants dentaires	85
8.3.3	Centres de santé (CDS)	86



8.3.4	Services hospitaliers hors AP-HP.....	87
8.3.5	Formation et Services odontologiques hospitalo-universitaires.....	87
8.3.6	Permanence des soins ambulatoire : PDSA	89
8.3.7	Permanence des soins en établissement de santé : PDSES	89
8.4	PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS A BESOINS SPECIFIQUES	90
8.4.1	Odontologie Pédiatrique	90
8.4.1.1	Prévention	90
8.4.1.2	Soins.....	93
8.4.2	Personnes atteintes de maladies chroniques	93
8.4.3	Personnes âgées	93
8.4.3.1	Prévention	94
8.4.3.2	Prise en charge des soins dans les EHPAD	95
8.4.4	Personnes en situation de handicap	96
8.4.4.1	Prévention	97
8.4.4.2	Prise en charge des soins :	97
8.4.5	Personnes vulnérables.....	98
8.4.6	Santé Mentale	99
8.4.7	Personnes détenues.....	99
9	LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA	100
9.1	PLAN D' ACTIONS EN 2012	100
9.2	SUIVI ET EVALUATION	101
10	ARTICULATION AVEC LES AUTRES SCHEMAS	102



PRESENTATION DU SCHEMA :

PRISE EN CHARGE DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE EN ILE DE FRANCE

1 INTRODUCTION

La santé bucco-dentaire n'entre pas dans les priorités de santé pour une grande partie de la population. Les pathologies dentaires ne sont pas considérées comme présentant un caractère de gravité ou d'urgence et les liens avec la santé générale sont méconnus ou négligés. Pourtant les affections bucco-dentaires, outre leurs incidences locales, retiennent parfois gravement sur l'état général. Elles peuvent être à l'origine de complications infectieuses locales ou à distance, en particulier chez certains patients fragilisés comme les patients diabétiques, les sujets immunodéprimés, les personnes atteintes d'affection cardiaques.

Elles peuvent aussi altérer l'alimentation et avoir des conséquences psychologiques et sociales importantes.

1.1 Les pathologies bucco-dentaires sont fréquentes

La carie dentaire qui détruit progressivement les tissus minéralisés de la dent, est une maladie bactérienne corrélée à des facteurs liés au sujet, à la flore buccale et à l'alimentation. Il n'y a pas d'évolution favorable et de guérison spontanées. Les principaux facteurs de risque sont une hygiène insuffisante qui favorise le développement d'un biofilm très riche en bactéries cariogènes, une alimentation très sucrée surtout lorsque les prises alimentaires sont fréquentes (grignotage) et un recours aux soins tardif. En France, plus d'un tiers des enfants de 6 ans et environ 45 % des enfants de 12 ans ont une atteinte carieuse.



Les maladies parodontales, qui touchent les tissus de soutien des dents, entraînent une récession de la gencive et détruisent progressivement l'os alvéolaire. Outre la présence de plaque dentaire résultant d'une hygiène insuffisante ou peu efficace, les principaux facteurs de risques sont constitués par le tabagisme, le diabète, et toutes les pathologies ou traitements entraînant une altération des défenses immunitaires (VIH, traitements anticancéreux, etc.). Les données épidémiologiques sont peu nombreuses. Les stades initiaux de la maladie (gingivite) réversibles touchent une majorité de la population. On estime que les formes sévères des maladies parodontales, pouvant entraîner la mobilité et la perte de plusieurs dents, atteignent environ 10 % de la population.

Les cancers buccaux, dont la fréquence est souvent corrélée à la consommation excessive d'alcool et de tabac, constituent également un problème de santé publique important. En France, les cancers de la cavité buccale représentent chaque année plus de 7500 nouveaux cas (3/4 d'entre eux sont des hommes) et 1875 décès.

1.2 La prévention bucco-dentaire

La prise en compte de la prévention fait partie du concept de « parcours de santé ». Selon les propos de Claude Evin (Politique de santé : répondre aux défis de demain. In Les Dîners de l'Institut Diderot) le parcours de santé désigne, «... de façon plus globale, le parcours de vie de la personne dans tous les aspects qui concerne sa santé : parcours qui conduit donc d'une vaccination à une information sur les comportements à risque, d'un dépistage à une prescription de contraception.... »

Les pouvoirs publics, plus précisément l'Assurance Maladie, ont longtemps choisi d'ignorer ce domaine. La profession dentaire, en particulier avec l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) créée par les chirurgiens-dentistes libéraux, s'y est investi, mais, selon l'Enquête Décennale Santé (EDS) – Insee – 2002.2003, la fréquence des conseils dispensés par les praticiens au cours de consultations n'atteindrait que 18,9% en matière de brossage et d'hygiène, 4,7% sur les liens entre problèmes dentaires et maladies chroniques, 3% à propos des habitudes alimentaires, 2,4% sur les effets du tabac et 1,3% quant à la gestion du stress.

La communication est un point essentiel en prévention.

La communication verbale se fait entre un émetteur et un récepteur. La culture du récepteur, ses paradigmes participent à la réception, la perception, le décodage, la compréhension du message de l'émetteur. Un message n'est toujours reçu que sur le mode de celui qui le reçoit. Ce principe ne doit jamais être oublié.



Pour un professionnel de santé la bonne santé est une fin en soi alors que pour le public ce n'est qu'un moyen.

Lorsque, après enquête épidémiologique, il est décidé de répondre à des besoins, ces besoins correspondent-ils à une réelle demande des populations cibles ou à des critères définis par des « technocrates » ?

La prise en charge de la santé bucco-dentaire est un parfait exemple de la nécessité de déclouisonnement des différents secteurs du système de santé.

Il y a actuellement dichotomie entre la prévention et les soins curatifs alors que le niveau primaire de la prévention peut permettre d'éviter les soins et que les niveaux secondaires et tertiaires intègrent des actions curatives pour réduire les risques d'aggravation de l'état de santé.

Les prises en charge ambulatoires, hospitalières, médico-sociales sont dissociées alors qu'un même individu peut avoir besoin de chacune d'entre elles pour une même pathologie, simultanément ou à des temps distincts.

2 - EPIDEMIOLOGIE

Rares sont les études épidémiologiques nationales qui ont une déclinaison régionale.

La **Haute Autorité de Santé - HAS** – (Recommandations en santé publique, stratégies de prévention de la carie dentaire) présente des résultats épidémiologiques nationaux, par tranche d'âges puis par population partageant des caractéristiques communes.

2.1 Enfants de moins de 6 ans

Peu d'études épidémiologiques ont étudié la prévalence de la carie dentaire chez les enfants de moins de 6 ans en France. À notre connaissance, aucune donnée n'était disponible chez les enfants de moins de 3 ans. Selon la littérature existante, entre 20 et 30 % des enfants âgés de 4 à 5 ans avaient au moins 1 carie non soignée, ce qui illustre un besoin en soins au sein de cette population. En Moselle : 40,7% des enfants de 4 ans avaient des caries dont 11,6 % sur les dents antérieures (Droz 2004). En 2006, une étude réalisée dans le Val de Marne montrait que 23,2% des enfants de 4 ans avaient des caries.



Par ailleurs, il existait de grandes disparités selon le lieu de scolarisation ou le niveau socio-économique du foyer. En effet, les enfants scolarisés en Zone d'Education Prioritaire (ZEP) ou les enfants en situation de précarité présentaient des indices carieux et des signes de polycarie beaucoup plus importants par rapport aux autres enfants.

A l'étranger :

- Suisse : 70% des enfants de 4ans sont indemnes de carie ;
- Irlande : 67% des enfants de 5 ans indemnes
- Brésil : jusqu'à 23 % des enfants âgés de 1 an présentent des caries
- USA : 18% des enfants âgés de 2 à 4 ans ont des caries ;

2.2 Enfants de 6 à 12 ans

Pour cette tranche d'âge les études épidémiologiques sont nombreuses, avec des conclusions concordantes. La proportion d'enfants indemnes de carie était, selon les études, de 50-70 % chez les enfants de 6 ans et de 45-55 % chez les enfants de 12 ans. D'une manière générale, les données épidémiologiques analysées mettaient en évidence une amélioration significative de l'état de santé bucco-dentaire des enfants. À l'âge de 12 ans, l'indice carieux qui était de 4,20 en 1987, de 1,94 en 1998, était de 1,23 en 2006 (étude de l'UFSBD).

Les mêmes progressions ont été mesurées chez les enfants de 6 ans. Cependant, malgré cette amélioration globale, les inégalités en termes de santé bucco-dentaire restaient marquées. Une faible proportion d'enfants présentait une majorité de caries (20 % présentaient 72 % des dents atteintes en 2006 dans l'enquête UFSBD et 13 % des enfants présentaient 82 % des caries en 2000 dans l'enquête du Val-de-Marne). La prévalence de la carie dentaire était significativement plus importante chez les enfants en situation de précarité, scolarisés en ZEP ou nés à l'étranger.

Les données franciliennes existantes sur la santé bucco-dentaire des enfants proviennent de différentes sources : bilans de santé réalisés par les PMI à 3-4 ans, bilans de la santé scolaire à 5/6 ans, bilans issus d'actions de dépistage menées par des municipalités ou des conseils généraux. Toutefois, le manque de représentativité des études, l'absence d'harmonisation dans le recueil des indicateurs et la difficulté d'accès aux données ne permettent pas de décrire précisément l'état de santé bucco-dentaire des jeunes franciliens.



La vulnérabilité des dents vis-à-vis de la carie est maximale dans la phase post-éruptive, de sorte que toute la période de l'enfance et de l'adolescence peut être considérée comme une période à risque de développer des pathologies carieuses.

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

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

Il existe également des facteurs de risque environnementaux dont il est indispensable de tenir compte pour apprécier le risque carieux d'un enfant :

- Un niveau socio-économique ou d'éducation faible de la famille.
- Une maladie ou un handicap de l'enfant entraînant des difficultés de brossage.
- Le port d'appareils orthodontiques.
- La prise au long cours de médicaments sucrés ou générant une hyposialie.

Le risque carieux varie en fonction de l'âge et au cours du temps. Il doit donc être réévalué régulièrement par un praticien (au moins une fois par an chez les enfants à faible risque carieux, et au moins 2 fois par an chez les enfants à risque carieux élevé).

La carie précoce de l'enfant (avant 3 ans) est liée, entre autres, à un mésusage du biberon : endormissement avec un biberon contenant du lait ou une boisson sucrée, tétine trempée dans du miel.....

Son traitement peut être couteux dans certains cas (soins sous anesthésie générale) et traumatisant pour l'enfant (pertes dentaires prématurées).



2.3 Adolescents

Chez les adolescents, la majorité des études concernait les jeunes âgés de 15 ans ou moins. Elles montraient qu'entre 20 et 50 % des adolescents étaient indemnes de carie. Ces études mettaient particulièrement en évidence le fait que les adolescents âgés de 15 ans ayant bénéficié de l'examen de prévention bucco-dentaire avaient un indice CAO (décompte et addition des dents Cariées, Absentes, Obturées pour chaque sujet) moyen d'environ 4 et qu'un adolescent sur deux présentait au moins une carie non soignée à la visite de prévention. Le nombre moyen de caries à soigner chez ces adolescents était compris entre 1,60 et 1,95. Cette valeur était significativement moins importante chez les adolescents ayant un suivi régulier auprès de leur chirurgien-dentiste. Ces études ont également confirmé le lien entre la présence de carie et le niveau socioéconomique des parents ou la zone de scolarisation en ZEP.

Ce manque de suivi se traduisait également pour les soins plus complexes : 28,8 % des élèves de troisième avaient un traitement orthodontique en cours contre 16,5 % en Zep.

2.3.1 Le scorbut

Cette vieille maladie de marins, courante du XV^e au XVIII^e siècle, refait surface. Elle est due à une carence délétère en vitamine C qui se traduit chez l'être humain, dans sa forme grave, par un déchaussement des dents et la purulence des gencives, des hémorragies, puis la mort.

En 2003, une étude faite auprès d'adolescents américains a démontré que certains d'entre eux, dont l'alimentation ne comportait ni fruits ni légumes, avaient contracté le scorbut. Les jeunes hommes qui participaient à l'étude ont affirmé ne manger ni fruits ni légumes; leur alimentation, riche en calories, n'étant composée que de fromage, de craquelins, de biscuits, de chocolat, d'eau et de boissons gazeuses. Leur bilan sanguin n'accusait aucune carence en vitamines ni en minéraux, exception faite de la vitamine C. Les symptômes du scorbut apparaissent généralement après une période d'un à trois mois de faible apport quotidien en vitamine C, soit moins de 5 mg par jour. L'apport recommandé varie de 75 à 90 mg quotidiennement.

2.3.2 Obésité et carie dentaire

Outre l'absence de soins, de contrôles réguliers et de pratique de l'hygiène dentaire, l'alimentation jouerait un rôle important dans les atteintes carieuses : aliments et boissons sucrés, grignotages en excès seraient impliqués. Le lien entre caries et obésité est aussi régulièrement évoqué en particulier dans l'enquête chez les collégiens du Val-de-Marne. Une autre étude menée en Allemagne chez des élèves d'école élémentaire montre aussi un lien entre l'augmentation de la fréquence de l'obésité et celle des caries. Les dentistes américains sont du même avis. Le déséquilibre alimentaire peut expliquer aussi bien les caries que le surpoids et, plus tard, les maladies métaboliques...

Selon une enquête publiée par *Etudes et résultats*, la revue de la Drees, les élèves de classes de troisième de Zep souffrent plus souvent d'obésité, de caries non soignées et de problèmes visuels non corrigés que les adolescents des autres collèges.

Réalisée par les experts du ministère de la Santé et de l'Education nationale, l'enquête montre que près de 21 % des élèves de collèges de Zep sont en surpoids pour 16,7 % hors Zep, ou obèses (4,3 %), et plus encore dans les filières technologiques (22,5%) et professionnelles. Un taux qui atteint même 23,4 % pour les enfants d'ouvriers non qualifiés contre 9,8 % pour les enfants de cadres. Et les auteurs de constater la force des facteurs sociaux, notamment la catégorie professionnelle du père et la scolarisation en Zep, le statut privé ou public du collège...

Le lien entre obésité et santé buccale ne se limite pas simplement au risque carieux, il existe aussi avec les maladies parodontales

Les chirurgiens-dentistes ont un rôle important à jouer dans la prévention de l'obésité. Leur participation active doit se traduire par des conseils alimentaires : restriction de l'apport en sucre, alimentation équilibrée.



2.4 Adultes

Le faible nombre d'études épidémiologiques chez les adultes s'expliquerait, notamment, par la difficulté d'avoir un échantillon représentatif de cette catégorie de la population. Cependant, les études existantes montraient que les adultes avaient un CAO moyen compris entre 13 et 15 ainsi qu'entre 1 et 1,2 dent cariée à traiter, en moyenne. La proportion d'adultes avec au moins une dent cariée à traiter était comprise entre 33 % et 50 %. Dans l'étude de l'INSEE, seuls 7 % des adultes interrogés déclaraient avoir une dent cariée à soigner. Il existait une relation significative entre la présence de carie et la catégorie socioprofessionnelle ou la situation de précarité.

Par ailleurs, un **lien** a été établi entre l'**obésité et les maladies parodontales**. *Le nombre de personnes atteintes de maladies parodontales a augmenté en même temps que l'indice de masse corporelle. Cette constatation est particulièrement évidente chez des sujets âgés entre 18 et 34 ans. Il est possible que le risque accru de parodontite chez les individus obèses soit favorisé par les tissus adipeux qui sécrètent des adipokines, des molécules qui contribuent au milieu pro-inflammatoire.* Une corrélation positive a par ailleurs été mise à jour entre l'obésité et le nombre de certaines bactéries (streptocoques mutans) présentes dans la salive.

2.5 Personnes âgées

Les résultats des études mettaient en évidence le fait que les personnes âgées hébergées en institution ou vivant à leur domicile étaient peu demandeuses de soins dentaires.

Dans une étude MSA, 37 % des personnes âgées vivant à leur domicile présentaient au moins une dent cariée à soigner. Dans les centres d'hébergement, environ une personne sur 3 était édentée. Entre 30 et 40 % des résidents dentés présentaient un besoin en soins conservateurs. À la maladie carieuse s'ajoutaient les maladies parodontales et le besoin prothétique.

En 2006 une étude exhaustive de la consommation de soins dentaires sur une année, par les bénéficiaires de l'assurance maladie des Hauts-de-Seine, âgés de 65 ans et plus et vivant à domicile, a montré que 60% de cette population ne recourait pas aux soins.

La moyenne des actes dentaires consommés augmentait légèrement de 65 à 79 ans pour décroître nettement dans les tranches d'âge supérieures.



Pour les personnes souffrant de comorbidités, identifiées à partir des médicaments remboursés, l'étude montrait que :

- 47 % des patients sous traitement psychotrope
- 45 % des patients sous traitement des démences
- 43 % des patients sous traitement cardio-vasculaire
- 41 % des patients sous traitement anti-parkinsonnien
- 35 % des patients sous traitement antidiabétique

avaient bénéficié de soins dentaires.

Les psychotropes, entre autre, sont connus pour leur effet « scialoprive ». La diminution de la sécrétion salivaire est un facteur reconnu d'aggravation du risque carieux mais l'inconfort induit par une « bouche sèche » peut expliquer que cette population soit la plus demandeuse de soins. En revanche, pour les diabétiques, les chiffres montrent une discordance avec les recommandations de l'HAS qui préconise 2 examens bucco-dentaires par an.

2.6 Personnes en situation de handicap :

Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances

La loi définit le handicap dans toute sa diversité : «... constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant ».

2.6.1 Accueil des personnes en situation de handicap

La loi crée une Maison départementale des personnes handicapées dans chaque département (MDPH) sous la direction du Conseil général. Elle a une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

Chaque MDPH met en place une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne handicapée, et une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne.



Les COTOREP et CDES sont remplacées par la CDAPH.

De plus, la loi définit les missions et le fonctionnement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Conseil National de l'Ordre des chirurgiens dentistes : La lettre N°97 – mai 2011-07-11

« 500 000 personnes, au moins, en situation de handicap n'ont pas suffisamment, voire pas du tout, accès à la santé bucco-dentaire »

2.6.2 Enquête transversale Nationale

Dans l'enquête transversale, réalisée entre le 15 octobre 2004 et le 31 janvier 2005, auprès des enfants et adolescents âgés de 6 à 20 ans qui fréquentaient un Institut médico-éducatif (IME) ou un Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) en France, un questionnaire était rempli par le référent institutionnel et un examen dentaire était réalisé par un chirurgien-dentiste. Au total, 7 259 enfants et adolescents ont été inclus. Ils présentaient un âge moyen de 13,8 ans, et 61,6 % étaient de sexe masculin.

Environ 55 % des enquêtés déclaraient se brosser les dents quotidiennement. 48,2 % présentaient au moins un problème important ou sévère de santé bucco-dentaire. 27,5 % présentaient au moins une carie visible sur les dents temporaires et 37 % sur les dents permanentes. 44,3 % des enquêtés n'avaient pas consulté de chirurgien-dentiste au cours de l'année précédant l'examen. Une action de prévention ou d'éducation pour la santé buccodentaire était nécessaire pour 77,4 % des enfants. En conclusion, cette étude soulignait le mauvais état bucco-dentaire des enfants et des adolescents en situation de handicaps ainsi qu'un besoin important en prévention et en soins au sein de cette population.

Très peu de données étant disponibles sur l'état bucco-dentaire des personnes atteintes de handicap en France, des études épidémiologiques complémentaires, au sein de cette population, seraient nécessaires.

2.7 Personnes en situation de précarité

2.7.1 La précarité est l'état de ce qui n'offre aucune garantie de durée, qui est incertain, sans base assurée, révocable.

En France :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives ».

Un arrêté ministériel de 1992 a défini cinq catégories de personnes en situation de précarité :

- chômeurs
- bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI), devenu le Revenu de Solidarité Active (RSA)
- titulaires d'un contrat emploi solidarité,
- personnes sans domicile fixe,
- jeunes âgés de 16 à 25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans un processus d'insertion professionnelle.

La précarité est caractérisée par une **forte incertitude** sur la possibilité de pouvoir retrouver dans un avenir proche la situation qui est considérée comme "**acceptable**". Elle est donc une notion subjective et relative car elle se définit par rapport à une situation "acceptable" et au sein d'une société donnée. Le degré de perception de la précarité est, en outre, influencé par de nombreux facteurs culturels.

Des enquêtes américaines ont établi que les facteurs suivants, dont l'origine peut être la précarité, sont des facteurs de risque pour la santé :

- l'absence d'estime de soi,
- le sentiment de dévalorisation personnelle,
- le manque d'autonomie dans son travail,
- le sentiment de ne pas utiliser toutes ses compétences,
- le sentiment de ne pas recevoir l'estime que l'on pense mériter.

La précarité peut se décliner également au niveau des conditions de vie, qui peuvent ne pas être acceptables. Avoir un fort risque d'habiter un logement insalubre, un logement temporaire inadapté, voire aucun logement sont des exemples de précarité de condition de vie

Les notions de **précarité** et de **pauvreté** sont à la fois distinctes et liées. Dans les faits, les populations subissant une situation de précarité se recoupent souvent avec celles en situation de pauvreté. Cependant les deux populations ne se recouvrent pas exactement : une personne en situation de précarité n'est pas forcément — ou pas tout de suite — en situation de pauvreté.

2.7.2 Effets de la précarité

La précarité a un impact global sur le corps social, qui peut se traduire par :

- la dégradation des conditions de travail (un travailleur en situation précaire n'est pas en position de force pour défendre ses droits)
- des difficultés à développer une vie sociale (quitter le domicile parental, fonder une famille...)
- une révolte sociale (les salariés en situation précaire auront plus tendance à s'opposer au système)
- la dégradation de la santé physique ou mentale : la plupart des indicateurs de comportement et de santé sont altérés dans toutes les catégories de populations classées en situations de précarité (par rapport à celles qui ne le sont pas).

2.7.3 Des inégalités sociales de la santé marquées dans le domaine buccodentaire

De nombreuses études ont démontré que le domaine de la santé bucco-dentaire est fortement marqué par des inégalités sociales et territoriales.

Quel que soit l'âge des individus, la situation socio-économique défavorisée (niveau d'instruction, zone géographique scolaire, niveau de revenu du foyer, catégorie professionnelle,...) est associée aux scores d'indices carieux les plus élevés. En grande section de maternelle, 19% des enfants scolarisés en ZEP ont au moins 2 dents cariées non soignées versus 8 % hors ZEP.

Selon une enquête de l'INSEE menée en 2002-2003 auprès de 16.800 ménages et plus de 40000 personnes, les plus pauvres souffraient deux fois plus de caries dentaires que le reste de la population. On constatait un taux de 11 % chez les adultes, contre 6 % pour les populations plus « aisées », et de 6 % chez les enfants de ménages modestes contre 2,5 % chez les autres enfants.

Dans la décennie 1991-2000, une étude auprès des enfants de 6 ans montrait l'inflation du nombre des caries non soignées, avec une prépondérance chez les enfants de parents immigrés.



Une plus grande fréquence des caries de la petite enfance a aussi été observée dans la population maghrébine vivant en France, aux Pays-Bas, en Angleterre, en Suède...

En 2007, une étude auprès de 1000 collégiens et lycéens du Val-de-Marne montrait que près de la moitié d'entre eux souffraient de carie. Le risque était lié au niveau d'éducation de la mère, du pays d'origine (Maghreb), de l'absence d'activité professionnelle des parents...

2.7.4 Personnes bénéficiant de la CMU-C

En 1999, la couverture maladie universelle était instaurée. Elle a bénéficié à plus de cinq millions de personnes jusque-là non protégées par la Sécurité sociale.

La couverture maladie universelle de base, **CMU**, permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre.

Au-dessous d'un plafond de ressources les assurés CMU peuvent bénéficier d'une assurance complémentaire la CMU- C.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) évalue à 47 % la part des moins de 25 ans dans la population des bénéficiaires de la CMU, et l'un des effets majeurs attendus est l'amélioration du suivi des jeunes en médecine de ville. Même si plusieurs travaux montrent que la réduction des obstacles n'est pas une condition suffisante pour assurer l'accès aux soins, il n'en reste pas moins que la CMU a permis de réintégrer dans le système de soins de droit commun un nombre important de personnes et de malades qui en étaient exclus.

En 2003, 3118 bénéficiaires de la CMU-C et 3310 bénéficiaires du Régime général, répartis sur 8 régions, ont été examinés par des chirurgiens-dentistes conseils du service du Contrôle médical de l'Assurance maladie à l'occasion de demandes de prise en charge de prothèses. Les résultats de l'étude mettaient en évidence que l'indice moyen CAO était semblable dans les 2 populations étudiées, mais le nombre de dents absentes (A) était très supérieur à celui de la population générale chez les bénéficiaires de la CMU-C. Ce nombre était compensé par un nombre de dents obturées (O) très inférieur. Le risque de ne pas recevoir de soins conservateurs était multiplié par 1,5 à 3 chez les plus démunis.

L'ensemble des résultats témoigne d'un déficit majeur en soins précoces chez les bénéficiaires de la CMU-C



2.8 Santé mentale

La file active recensée en Ile de France est d'environ 300 000 patients. Outre le désintérêt pour leur santé, manifesté par un nombre certain de personnes atteintes de troubles mentaux, les traitements médicamenteux mis en œuvre ont une incidence très négative sur la santé bucco-dentaire.

En effet, 80% des médicaments prescrits sont « scialoprives ». Les antidépresseurs, les antipsychotiques, les tranquillisants, les hypnotiques, agissent sur la production de salive. Une modification du débit ou de la qualité du flux salivaire induit des difficultés de mastication, une gêne à la phonation, des troubles de la déglutition, des sensations d'inconfort et surtout une augmentation du risque carieux et parodontal.

Par ailleurs, les troubles du comportement dont sont atteints certains patients sont un frein à leur prise en charge au niveau du premier recours, voire même l'interdisent.

2.9 Personnes détenues en milieu carcéral (Rapport Oberlé)

2.9.1 Une population défavorisée :

La population carcérale – environ 60 000 personnes (84 000 entrants par an) – est majoritairement jeune, masculine et issue de catégories sociales défavorisées.

La plupart des personnes détenues sont dans une situation précaire à l'entrée en détention. 28% des entrants touchent une indemnité chômage ; la moitié est sans emploi ; 17,2 % des entrants déclarent ne disposer d'aucune protection sociale et 40 % n'avoir eu aucun contact avec le système de soins dans les 12 mois précédant l'incarcération ; 11% déclarent être illettrés et 16% ont un niveau d'études primaires ; la proportion des entrants déclarant avoir un domicile précaire ou être sans abri est de 15 % (« La santé des personnes entrées en prison en 2003 », DREES)

Bien que 80% des personnes entrant en prison présente un bon état de santé général, leur consommation de substances psycho-actives (alcool, tabac, drogues illicites, médicaments psychotropes) est beaucoup plus élevée que dans l'ensemble de la population. La prévalence des pathologies psychiatriques est significativement plus forte parmi ces personnes que dans la population générale, de même que la prévalence estimée des infections par les VIH, VHB et VHC (DREES, 2003, ibid.)

2.9.2 Un mauvais état de santé bucco-dentaire :

Les personnes arrivant en détention présentent aussi, beaucoup plus fréquemment que le reste de la population, un mauvais état de santé bucco-dentaire (caries et maladies parodontales, dents absentes non remplacées, séquelles de traumatismes dentaires, lésions de la muqueuse buccale) et un besoin de soins important.

Selon une enquête effectuée par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) de Bretagne en 2007 (« Etat de santé et distribution des soins bucco-dentaires aux détenus en Bretagne ») :

- Près des trois quarts des détenus présentaient au moins une carie à soigner et 43,8% avaient besoin d'au moins un traitement endodontique (traitement et obturation des canaux radiculaires).
- Plus des trois quarts avaient également besoin d'un détartrage
- Un tiers présentait un foyer infectieux dentaire ou dento-maxillaire
- Un tiers avait besoin d'une ou plusieurs extraction(s) dentaire(s)
- Près de 13% présentaient un délabrement visible des dents antérieures (incisives et canines) de nature à dégrader leur apparence et retentir sur leur vie sociale.

Les demandes de soins dentaires représentent plus de 30% des consultations de spécialités en milieu carcéral.

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

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



3 METHODOLOGIE ET ETAPES D'ELABORATION

Pour établir les diagnostics de l'offre régionale de soins bucco-dentaire et des besoins, il a été organisé des réunions avec les différents acteurs du secteur :

- les représentants des chirurgiens-dentistes libéraux et des chirurgiens-dentistes salariés des centres de santé ;
- les doyens des deux facultés de chirurgie-dentaire et les chefs des services d'odontologie ;
- les responsables de l'odontologie à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ;
- les responsables de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) bucco-dentaire et du Service d'Accueil d'Urgence odontologique ;
- les responsables des réseaux prenant en charge la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dépendantes ;
- les responsables du « Bus social dentaire ».

4 ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE

4.1 Introduction

- Inadéquation de l'offre aux besoins

L'accès aux soins dentaires n'apparaît pas garanti pour toute la population. La présentation des soins dentaires, faite par la Cour des Comptes dans son rapport 2010 sur la sécurité sociale, éclaire parfaitement la situation actuelle.

Cour des Comptes – Sécurité Sociale 2010

« D'après les comptes nationaux de la santé, le montant des dépenses de soins dentaires atteignait, en 2008, 9,65 Md€. Elles représentent 5,7 % de la consommation de soins et biens médicaux mais seulement 2,5 % des remboursements de la sécurité sociale.

Cet écart qui va croissant traduit un désengagement financier de l'assurance maladie qui a peu d'équivalent dans d'autres secteurs de la santé. Il s'explique principalement par l'importance des dépassements de tarifs qui concernent aujourd'hui près de la moitié des honoraires remboursables. Il faudrait y ajouter un certain nombre d'actes non remboursables, de plus en plus répandus. Aujourd'hui, la sécurité sociale ne prend plus à sa charge que le tiers (34 %) de ces dépenses (contre plus de la moitié en 1980), et en particulier, seulement 18 % des soins prothétiques qui sont les plus coûteux.

L'ampleur de ces dépassements explique par ailleurs que les problèmes dentaires représentent à eux seuls, selon les études disponibles, plus de la moitié de tous les cas de renoncements à des soins pour des raisons financières.

L'évolution de ce secteur, atypique au sein des dépenses de santé, constitue donc un enjeu majeur de l'accès aux soins en France..... »



4.2 Offre de prévention bucco-dentaire

4.2.1 Introduction :

En France, l'indice carieux CAO à 12 ans est passé, en moyenne, de 4,2 en 1987 à 1,2 en 2006. Cette amélioration est attribuée en grande partie à la généralisation de la consommation des fluorures et à une amélioration des mesures d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire.

La santé bucco-dentaire peut être préservée par des pratiques préventives individuelles simples reposant, d'une part, sur la réduction des facteurs de risque pour empêcher la survenue des pathologies et d'autre part sur le traitement précoce des lésions permettant de limiter leur aggravation.

La prévention de la carie consiste avant tout à mettre en place une alimentation non cariogène (éviter les prises répétées de boissons sucrées), un brossage dentaire biquotidien avec du dentifrice fluoré, et le recours précoce aux soins avec réalisation d'actes de prophylaxie par les professionnels de santé (scelllements de sillons, vernis fluorés..) et des visites régulières chez le chirurgien-dentiste, (recommandation d'une visite annuelle)

La prévention des maladies parodontales et des cancers buccaux repose essentiellement sur une hygiène bucco-dentaire efficace, le sevrage tabagique et l'arrêt ou la modération de la consommation d'alcool.



Les programmes collectifs de prévention bucco-dentaire sont de deux types : mise en œuvre collective de stratégies de prévention individuelle (promotion de l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire) et mise en œuvre de stratégies de supplémentation dites « passives » comme l'utilisation de sel fluoré à la cantine.

Textes clés :

- L'emploi de sel fluoré dans les cantines scolaires a été autorisé en 1993
- Depuis 2001, un acte de prévention dentaire (scellement de sillons) est inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels et pris en charge par l'Assurance maladie.
- Le premier Plan national pour la santé bucco-dentaire, lancé en 2005 par le ministre Xavier Bertrand, ciblait des publics prioritaires soit les enfants de 6 et 12 ans, les enfants de 4 ans, les personnes âgées dépendantes, les personnes handicapées, les femmes enceintes et les seniors.
- L'objectif 91 de la loi de Santé publique du 9 août 2004 est l'amélioration de l'indice d'atteinte dentaire CAO (C pour cariée, A pour absente pour cause de carie, O pour obturée) pour les enfants de 6 ans et 12 ans.
- En 2005, l'article L. 2132-2-1 du Code de santé publique rend obligatoire l'examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants de 6 ans et 12 ans.
- Un des objectifs de l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) pour 2020 est d'obtenir 80 % d'enfants indemnes à 6 ans

4.2.2 Description de l'offre de prévention bucco-dentaire

4.2.2.1 Les programmes de l'Assurance Maladie

Afin de promouvoir l'Examen bucco-dentaire (EBD - voir encadré) à 6 ans et à 12 ans, les huit Caisses primaires du régime général d'Assurance Maladie d'Île de France financent et développent sur leur territoire des actions menées en collaboration avec les acteurs clés locaux : les enseignants, les infirmières scolaires, les chirurgiens-dentistes et les acteurs sanitaires et sociaux. Ces actions de sensibilisation collectives, conduites pour la plupart auprès d'enfants scolarisés en Cours Préparatoires(CP) et en 5^{ème} de zones en difficulté, ont pour objectif d'améliorer la connaissance des enfants en hygiène bucco-dentaire et d'inciter les familles à réaliser l'EBD et les soins consécutifs éventuels.

Dans le département de Seine-saint Denis, en 2011, tous les enfants scolarisés en CP ont bénéficié de séances de sensibilisation dans ce cadre.



L'Examen bucco-dentaire

L'examen de prévention bucco-dentaire conventionnel (EBD) a été mis en place en 2006 dans le cadre de la convention organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et les Caisses d'Assurance Maladie.

Depuis 2007, les jeunes de 6, 9, 12,15 et 18 ans sont invités à une consultation gratuite de prévention bucco-dentaire réalisée en cabinet dentaire (libéral ou centre de santé). Ce programme de prévention national porte principalement sur une stratégie de prévention secondaire destiné aux enfants et adolescents et repose sur le dépistage précoce des lésions carieuses et leur traitement par un chirurgien-dentiste.

Ce dispositif est composé :

- D'un Examen Bucco-dentaire qui comprend une anamnèse, un examen clinique bucco-dentaire, des éléments d'éducation sanitaire et un éventuel programme de soins. Il peut être complété par une ou plusieurs radiographies intra buccales. Il est pris en charge à 100 % et bénéficie d'une dispense d'avance de frais.
- Des soins consécutifs nécessaires, pris en charge à 100 % sans dispense d'avance de frais, excepté pour les 6 et 12 ans qui bénéficient du tiers payant.

Fin décembre 2010, le taux de recours à l'EBD à 6 ans était de 34.1% pour l'ensemble de l'Ile-de-France, le recours à l'EBD en région Ile-de-France variant d'un territoire à l'autre.

Fidèle à son implication dans la prévention bucco-dentaire depuis les années 60, à travers l'institut de prophylaxie dentaire infantile, la CPAM de Paris s'est dotée en 1998, d'un pôle de prévention bucco-dentaire. Ce pôle s'est enrichi en 2002 d'une action auprès des personnes âgées en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Pour la campagne 2010 / 2011, le pôle prévention comprenait neuf chirurgiens dentistes vacataires à temps partiel et trois administratifs.

Le pôle prend en charge les actions collectives d'éducation pour la santé dans les établissements scolaires dans le cadre d'une convention tripartite signée entre la CPAM, l'Education Nationale et la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES - Département de Paris).

En 2002, l'Assurance maladie de Paris s'est engagée dans une action de prévention bucco-dentaire en direction des EHPAD du nord parisien. Depuis 2010, l'action s'est étendue à l'ensemble du territoire parisien en intégrant les EHPAD demandeurs, notamment ceux à vocation sociale.



Programme bucco-dentaire de la CPAM de Paris *

Actions en direction des jeunes :

La CPAM 75, pour son action locale Paris Sourire, a étendu le champ de prise en charge des consultations et soins conservateurs pour les petits parisiens âgés de 7, 8 et 10 ans.

Dans le cadre du Programme M'Tdents, des actions de sensibilisation à l'EBD sont menées en CP et 5^{ème} dans 7 arrondissements de nord de Paris.

11587 enfants de CP et 4851 enfants de 5^{ème} ont été vus dans ce cadre en 2011.

Des actions de dépistage et d'accompagnement vers le soin visent des enfants scolarisés en moyenne section de maternelle de 7 arrondissements du nord de Paris (10276 enfants dépistés en 2011 avec 10 % de besoins de soins) et dans toutes les classes de CM1 de Paris (15736 enfants vus en 2011 avec 20 % de besoins de soins) avec promotion de l'EDB.

20 classes de CE1 en zone ECLAIR font l'objet d'actions de dépistage et d'un suivi du recours aux soins renforcé.

Des actions sont développées en direction des lycées Professionnels.

Actions en direction des personnes âgées :

Des actions bucco-dentaires en EHPAD, comprenant le bilan bucco-dentaire de chaque pensionnaire, la formation des personnels soignants et la coordination des soins, sont menées par la CPAM 75 en collaboration avec l'Université de chirurgie dentaire de Paris VII.

Le développement de partenariats avec l'UFSBD et l'équipe mobile de l'hôpital Bretonneau et la collaboration avec des cabinets internes des établissements du Centre d'action sociale de Paris, des centres de santé et des cabinets libéraux permet d'orienter les patients vers une offre de soins adaptée.

En 2010 / 2011 : 20 EHPAD ont été concernés par ces actions. 1300 résidents ont été dépistés et 250 soignants ont été formés.

Des bilans nutritionnels et bucco-dentaires réalisés par une diététicienne et un chirurgien-dentiste sont proposés aux seniors dans le cadre de l'activité du Centre de Santé Réaumur.

* Assurance Maladie de Paris / Départements des activités dentaires / Pôle Prévention Dentaire

La Mutualité Sociale Agricole, quant à elle, propose à ses assurés des bilans de santé dentaire tout au long de la vie à des âges clés :

Le Plan dentaire institutionnel de la MSA :

- Les futures mères, six mois avant et après leur accouchement, reçoivent une plaquette d'information de la MSA sur l'hygiène, l'alimentation et les soins dentaires à suivre pour elles et leurs bébés.
A l'âge de 3 ans, l'enfant est invité par un courrier envoyé à ses parents, à un bilan bucco-dentaire pris en charge par la MSA.
- Les enfants de 7 ans sont invités, par un courrier envoyé à leurs parents, à se rendre chez un chirurgien-dentiste pour bénéficier d'un examen de prévention gratuit. A l'issue de cet examen, l'enfant reçoit à son domicile un kit de brossage. En 2009, 1486 enfants de 7 ans ont été invités avec un taux de participation de 30 %.
- Chaque adolescent de 15 ans n'ayant pas répondu dans les 3 mois à la première invitation à l'EBD reçoit un courrier de relance à son domicile l'invitant à en bénéficier. Cette action du Plan dentaire MSA renforce le dispositif de prévention bucco-dentaire conventionnel.
- Les assurés de 35 à 54 ans, lors de l'examen de santé gratuit (ESG) proposé par la MSA, ont la possibilité de bénéficier d'un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste de leur choix pour un examen de dépistage pris en charge à 100% avec dispense d'avance de frais.
- Dès leur 65^{ème} anniversaire, les seniors sont invités par courrier à se rendre chez un chirurgien-dentiste de leur choix pour un examen de prévention pris en charge à 100% par la MSA, avec dispense d'avance de frais.
- En complément de ces actions, dans le cadre « d'ateliers du Bien Vieillir » qui s'adressent aux personnes de plus de 55 ans, un atelier bucco-dentaire est proposé aux assurés quel que soit leur régime d'assurance maladie. Cet atelier a pour objectif de responsabiliser les personnes vis à vis de leur capital de santé bucco-dentaire.

*Rapport d'évaluation -CCMSA – Bilan bucco-dentaire 2007 des enfants de 7 ans

4.2.2.2 Les programmes des collectivités territoriales

Certaines municipalités pilotent depuis plusieurs années des programmes de prévention bucco-dentaire en direction des jeunes, qui associent éducation à la santé et dépistage et incluent les actions d'accompagnement M'Tdents.

La diversité des lieux d'intervention et des âges ciblés par ces actions permet, sur certains territoires, le suivi d'enfants plusieurs années consécutives.

Dans les départements de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne (voir encadré), la prévention bucco-dentaire est planifiée et pilotée par les conseils généraux. Les programmes départementaux, comprenant le programme d'accompagnement M'Tdents, sont mis en œuvre par les communes au travers d'une convention les liant aux conseils généraux.



La spécificité des deux conseils généraux est d'avoir intégré dans leurs équipes des chirurgiens-dentistes de santé publique et de mettre à disposition des communes un « pôle ressource » chargé de déployer des actions de formation (initiale et continue) pour les intervenants locaux (Equipes techniques locales). Ce pôle conçoit et fournit des outils d'intervention et accompagne les intervenants sur le plan méthodologique.

Ces dynamiques territoriales permettent d'impulser sur la quasi-totalité d'un département ou d'une commune une politique volontariste et coordonnée dans le domaine de la Prévention-Promotion de la santé bucco-dentaire

Mise en perspective de deux programmes de prévention bucco-dentaire départementaux

❖ Programme départemental de prévention bucco-dentaire de Seine-Saint-Denis

Le programme de santé bucco-dentaire existe depuis plus de 25 ans.

En 2011, 32 villes sur 40 ont signé une convention avec le Conseil Général, ce qui représente plus des 2/3 du territoire. 240 000 enfants, de la naissance à 12 ans, bénéficient ainsi des diverses actions de prévention : apprentissage au brossage et pratique de brossage notamment pendant la pause méridienne, visite de cabinet dentaire pour dédramatiser les soins dentaires, hygiène alimentaire, etc.

Le programme départemental est relayé par les professionnels de la petite enfance (travaillant dans les PMI, les crèches) et les animateurs des villes (Equipes Techniques Locales) qui interviennent dans les écoles maternelles et élémentaires avec l'appui des enseignants, des infirmières scolaires et des animateurs de centres de loisirs. Il est soutenu par l'assurance maladie avec le dispositif M'Tdents et par l'Inspection d'académie. Les actions d'éducation à la santé sont aussi déployées lors de différentes manifestations publiques telles que les forums santé, les manifestations festives (kermesses, fêtes de la ville par exemple) permettant de sensibiliser les parents.

Les actions dans les PMI se déclinent de la façon suivante :

- 1) Actions collectives : actions d'animation et de sensibilisation auprès des familles
- 2) Actions individuelles : actions auprès des parents et des enfants au cours de l'examen du 9^{ème} et du 24^{ème} mois et du bilan de santé à 4 ans comprenant un examen bucco-dentaire, la distribution de plaquettes d'information, la remise d'une brosse à dents, des conseils nutritionnels et d'hygiène bucco-dentaire, un bilan des apports fluorés et une évaluation du risque carieux.

Le conseil général intervient dans la formation (initiale et continue) des professionnels, la diffusion d'informations, la valorisation des outils pédagogiques réalisés par le département et les équipes locales, l'appui méthodologique, et la coordination.

❖ Programme départemental de prévention bucco-dentaire du Val-de-Marne

Le Conseil Général du Val de Marne développe, depuis 1991, un programme de prévention bucco-dentaire ciblé sur des enfants de 0 à 18 ans. Celui-ci s'appuie sur les structures départementales (crèches, centres de PMI, foyers de l'enfance) pour la petite enfance et sur les établissements scolaires du premier et du second degré. Il se fait en partenariat avec l'Inspection Académique, La Caisse Primaire d'Assurance Maladie, la faculté d'odontologie René Descartes et les collectivités locales du département.

Le Service de santé publique dentaire du Conseil Général du Val-de-Marne a mis en place dans ce cadre, deux dispositifs complémentaires dans le département :

- Le Programme départemental de prévention dans les crèches, PMI, ASE (aide sociale à l'enfance) pour la petite enfance. Un chirurgien-dentiste référent est identifié par groupement de PMI/crèche. Des référents dentaires, membres de l'équipe de PMI, bénéficient d'une formation spécifique.



- Le Programme départemental dans les établissements scolaires (primaire et collège) incluant les actions développées dans le cadre de M't dents.

Le service de santé publique dentaire intervient également auprès d'enfants en situation de handicap (IME).

Le pôle évaluation du service de santé publique dentaire réalise régulièrement des études épidémiologiques et qualitatives sur le département et des évaluations des programmes mis en œuvre.

En 2010, 22 villes étaient conventionnées avec le département. Des animations ont été réalisées dans 281 classes de GSM au bénéfice de 11281 enfants.

38 crèches et 57 centres PMI ont développé des actions de prévention en direction du personnel, des parents et/ou des enfants.

Une enquête épidémiologique menée en 2009 sur un échantillon représentatif d'enfants du Val-de-Marne montrait que 21 % des 5/6 ans étaient atteints par la maladie carieuse.

4.2.2.3 RHAPSOD'IF : un dispositif régional en direction des personnes en situation de handicap :

L'association RHAPSOD'IF a pour objectif d'améliorer la santé bucco-dentaire des jeunes franciliens de 0 à 20 ans en situation de handicap. Son action s'articule autour de trois axes d'intervention : un plan de prévention à destination des structures d'hébergement, une structuration de l'offre de soins pour les personnes en situation de handicap et une formation des praticiens traitants.

Le plan de prévention comprend une formation pour le personnel de l'établissement dont la finalité est de permettre l'inclusion d'un protocole d'hygiène bucco-dentaire dans le projet d'établissement, une sensibilisation des parents à la santé bucco-dentaire et une éducation pour la santé des enfants et des adolescents tenant compte des spécificités du handicap.

Un dépistage des enfants et adolescents lors de l'entrée de l'établissement ou du réseau permet à celui-ci l'orientation vers la structure de prise en charge la plus adaptée.

Au 30 juin 2010, 38 établissements de la région île de France s'étaient portés volontaires pour participer à la mise en œuvre d'une action de prévention.

En 2011, 20 chirurgiens dentistes avaient signé une convention de partenariat avec RHAPSOD'IF dans le cadre de la mise en place des plans de prévention en établissement.

4.2.2.4 Les programmes en direction des personnes âgées dépendantes :

Des actions de prévention bucco-dentaire sont menées en direction des personnes âgées dépendantes hébergées en EHPAD ou à domicile dans plusieurs départements.

L'un des enjeux clés de ces programmes est d'intéresser les chirurgiens dentistes et de développer leur participation à la prise en charge des soins des personnes âgées dépendantes afin de promouvoir une offre de qualité, suffisante pour répondre à la demande de prise en charge.

L'autre enjeu, dans les établissements eux-mêmes, est de sensibiliser les directions, les personnels soignants et non soignants à la prise en charge de la santé bucco-dentaire des résidents et à les former. La mise en œuvre quotidienne de l'hygiène dentaire est la brique de base d'une prise en charge efficace des personnes âgées dépendantes. La réalisation d'un bilan bucco-dentaire à l'entrée de l'établissement est à privilégier pour pouvoir établir des projets de suivi personnalisés : hygiène, prévention, orientation vers les soins. C'est un domaine dans lequel la prévention a un rôle important à jouer.

Les promoteurs de ces actions sont de statut différent, il peut s'agir de groupement (REGIES), d'associations (APPOLLINE et l'UFSBD), de l'Assurance Maladie (CPAM de Paris) ou des facultés de chirurgie dentaire.

La coordination APPOLLINE est une association dont l'objectif est la santé bucco-dentaire des personnes âgées à domicile et en établissement. Pour ce faire il a été mis en place un programme de formation des personnels en charge des personnes âgées dépendantes afin d'assurer l'hygiène quotidienne.

Régies 95 est un groupement gérontologique auquel adhèrent la majorité des EHPAD du Val d'Oise. Un de ses objectifs est la mise en place d'une culture de santé publique bucco-dentaire dans l'EHPAD.

4.2.2.5 Le programme ARCADE :

Depuis 2003, l'Île-de-France pilote un programme de labellisation d'actions de prévention bucco-dentaire en direction des jeunes franciliens.

Les actions du programme ARCADE (voir encadré), ciblées sur les enfants de zéro à douze ans, période où se construit la santé dentaire des enfants et où l'impact des messages est maximal, interviennent en amont, en appui et en soutien du dispositif M'T dents



Le programme s'adresse tout particulièrement aux populations jeunes précaires.

Le label a fidélisé deux départements importants, représentatifs d'une grande partie du territoire francilien : le 93 et le 94. Cette forte implantation du label ARCADE est liée à l'implication importante des conseils généraux sur cette thématique qui ont été labellisés en leur nom et ont servi de plate-forme de labellisation de communes de leur département.

En 2006, lors de la mise en place de l'EBD pour les 6, 9, 12, 15 et 18 ans, dont l'objectif est d'inciter les enfants à se rendre dans les cabinets dentaires, ARCADE s'est recentré sur les actions de prévention primaire. La cible du label « dépistage » a été orientée sur les enfants de 7 ans, à la fois dans un rôle de rattrapage pour les enfants qui n'ont pas fait l'EBD à 6 ans et de filet de sécurité pour les jeunes éloignés du système de santé.

La classe d'âge concernée par le label « éducation pour la santé » a été élargie en intégrant les 6-12 ans ciblés par l'EBD.

A la suite de cette réorientation, un certain nombre de promoteurs ont reconverti leurs actions de dépistage (IDES) en actions d'éducation à la santé (IES).

Les labels ont été reconduits par l'ARS d'Île de France jusqu'en septembre 2013.

Le programme régional ARCADE (Action régionale contre les Atteintes Dentaires des Enfants) :

Le programme ARCADE a été mis en place dans le cadre d'un partenariat entre l'Assurance Maladie, les Collectivités Territoriales, les professionnels de santé et l'Education Nationale suite à une étude sur la santé bucco-dentaire des franciliens de moins de 20 ans, réalisée par L'URCAMIF entre 2000 et 2002.

Ce programme a été construit autour d'un système de labellisation d'actions de prévention bucco-dentaire ; les labels étant octroyés sur avis d'un comité composé d'experts. Les objectifs d'ARCADE sont d'harmoniser, coordonner et généraliser les actions de prévention bucco-dentaire en Ile-de-France afin de favoriser des comportements positifs chez les jeunes en vue de préserver leur santé bucco-dentaire.

Trois types de labels ARCADE, correspondant à trois niveaux d'intervention, existent à ce jour :

Label I (Information):

L'objectif de ces actions est d'informer et de sensibiliser les familles des enfants de 0 à 2 ans sur la santé bucco-dentaire et les moyens de la préserver au quotidien, par des actions individuelles et collectives déployées dans toutes les structures de la petite enfance (crèches, Halte garderies, relais assistantes maternelles, centres de PMI...). Les professionnels intervenant autour des familles sont sensibilisés en tant que relais d'information.



Label IES (Information, **E**ducation pour la **S**anté) :

Ce label concerne les actions d'éducation à la santé dans le domaine bucco-dentaire comportant un apprentissage pratique du brossage avec remise d'outils à destination des enfants (brosses à dents) âgée de 3 à 12 ans et de leurs parents (supports écrits). Certains promoteurs mettent en place des postes de brossage pendant la pause méridienne.

Label IDES (Information, **D**épistage, **E**ducation pour la **S**anté) :

Ce label concerne les actions de prévention secondaire : actions de dépistage de la carie dentaire, le plus souvent en milieu scolaire dans des classes de CE1, corrélées à un encouragement et à un suivi du recours au soin.

4.2.2.6 Le bilan de la prévention bucco-dentaire en Ile de France

4.2.2.6.1 Des acquis, des résultats en matière de prévention bucco dentaire

4.2.2.6.2 Les acteurs impliqués sont nombreux et variés

De multiples institutions publiques, professionnelles et associatives ainsi que les collectivités territoriales assurent des programmes de prévention bucco-dentaire.

L'ARS d'Ile-de-France soutient financièrement des actions de prévention dans le cadre de sa programmation en Prévention Promotion de la santé et labellise des programmes en direction d'enfants de 0 à 12 ans par la reprise des Labels ARCADE.

L'Assurance Maladie concourt à la mise en œuvre conventionnelle de l'examen bucco-dentaire (M'Tdents).

Les collectivités territoriales (Conseils généraux ou Communes au travers de leurs centres de santé, Centres Communaux d'Action Sociale, Ateliers-Santé-Ville...), sont partenaires ou promoteurs de projets.

Les facultés de chirurgie dentaire participent à des actions de santé publique bucco-dentaire par l'intermédiaire de conventions de stage conclues avec des partenaires, acteurs de prévention bucco-dentaire. Ainsi des étudiants collaborent à des actions d'éducation à la santé et de dépistage dans les écoles et les établissements pour personnes âgées dépendantes.

Certaines mutuelles interviennent par l'intermédiaire de leurs centres dentaires dans le cadre d'actions d'éducation à la santé.

Les chirurgiens-dentistes, au travers de l'Union Française pour la Santé Bucco-dentaire (UFSBD) sont promoteurs d'actions de prévention bucco-dentaire.



Enfin, des réseaux et associations contribuent à la prévention en direction des personnes en situation de handicap et de dépendance.

4.2.2.6.3 Il existe une offre importante en direction des enfants d'âge scolaire

De nombreuses actions collectives d'éducation à la santé ou de dépistage sont menées auprès des enfants en milieu scolaire, dans les écoles maternelles et primaires, notamment dans le cadre du programme d'accompagnement M'Tdents et des actions labellisées ARCADE.

Pour des enfants de 4 ans et de 5/6 ans des bilans de santé, incluant repérage et dépistage des problèmes bucco-dentaires, sont réalisés par les services de PMI et de santé scolaire, à l'école maternelle.

En outre, les trois régimes d'assurances maladie se sont investis dans le champ de la prévention bucco-dentaire :

Tous les franciliens de 6, 9, 12, 15 et 18 ans peuvent bénéficier de l'Examen bucco-dentaire national. (Voir encadré dans les programmes de l'assurance maladie)

Les jeunes parisiens de 7, 8 et 10 ans sont visés par le programme « Paris Sourire » mis en œuvre par la CPAM 75 qui propose des examens de prévention gratuits.

La Mutualité Sociale Agricole a mis en place une consultation de prévention pour les enfants de 3 ans et 7 ans et les enfants affiliés au régime du RSI ont accès à une consultation bucco-dentaire de prévention chaque année de l'âge de 5 ans à l'âge de 18 ans.

4.2.2.7 Des difficultés spécifiques repérées dans la région :

4.2.2.7.1 Un déséquilibre territorial

Depuis le tout petit enfant, grâce au label I du programme ARCADE, jusqu'aux personnes âgées dépendantes suivies par des réseaux départementaux, la diversité des populations cibles est riche mais il existe d'importantes inégalités territoriales.

La majorité des communes de Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne développent des actions de prévention bucco-dentaire en direction des jeunes et de leurs familles. Sur les autres départements, le sujet bucco-dentaire est moins souvent abordé dans les programmes de prévention.



L'absence de dispositifs tels que ceux proposés par les réseaux APPOLLINE, REGIES 95 et la CPAM 75 sur l'ensemble de la région génère des inégalités dans l'offre de prévention en direction des personnes âgées dépendantes.

4.2.2.7.2 Un déséquilibre quant aux populations ciblées

L'offre actuelle est principalement orientée vers les enfants. C'est légitime car plus on agit tôt dans la petite enfance, plus on a des chances d'agir sur les connaissances et les comportements aux âges clés où la dentition se construit. Il faut donc poursuivre dans cette voie.

L'offre de prévention cible peu les adultes, notamment les personnes âgées.

L'examen systématique à 60 ans n'a pas de réalité et, selon toutes les études de consommation de soins bucco-dentaires, seul ¼ de la population consulte un chirurgien-dentiste de manière régulière, en l'absence de douleurs et/ou de limitation fonctionnelle de l'élocution ou de la mastication.

Alors que certaines affections de longue durée ont un impact direct sur la santé bucco-dentaire, ou indirect par les effets iatrogènes des médicaments prescrits, aucun programme de prévention structuré n'existe pour les adultes en général, hormis dans le plan de la MSA. Ainsi, la prévention bucco-dentaire n'est pas inscrite dans les schémas d'éducation thérapeutique, même lorsque des recommandations ont été émises par l'HAS par exemple.

Le besoin des patients âgés dépendants est quant à lui insuffisamment pris en compte.

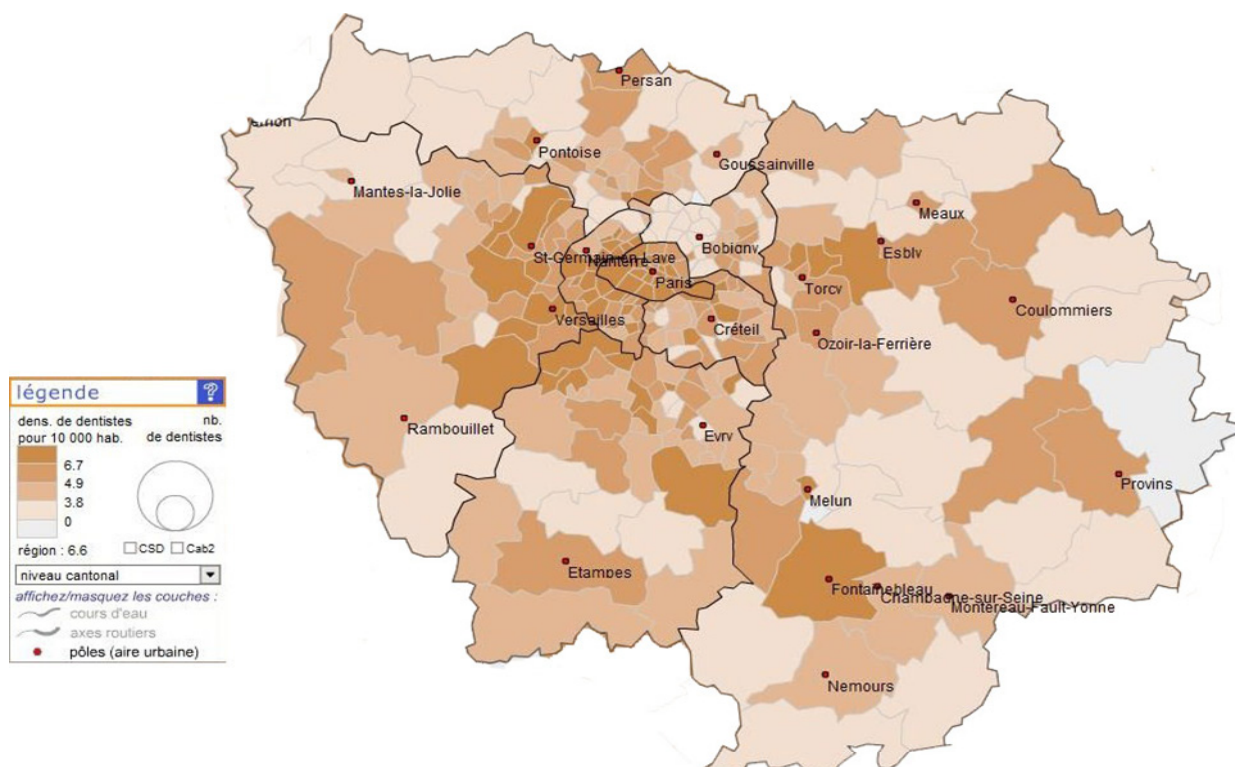
4.3 Offre de soins curatifs

- **Introduction**

- - inadaptée quantitativement et qualitativement
- - mal répartie territorialement au regard des besoins des populations

4.3.1 Chirurgiens-dentistes libéraux

Densité de chirurgiens-dentistes par canton (cabinets et CDS)



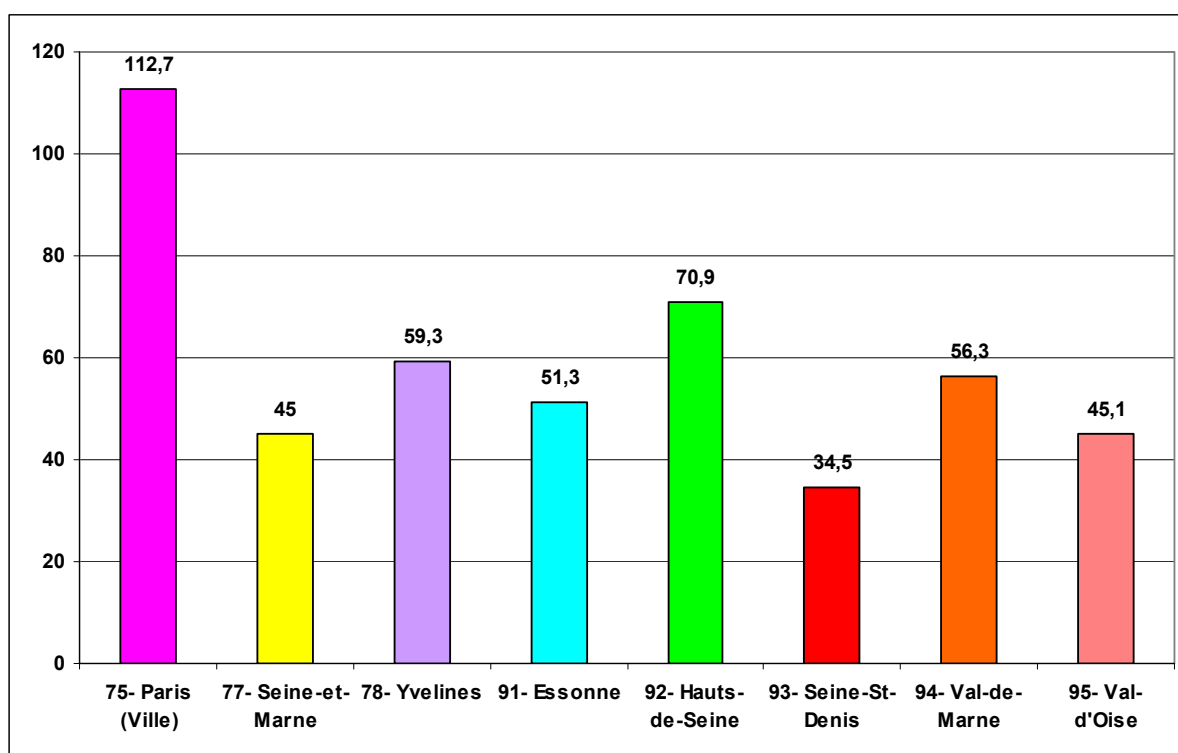
La densité de chirurgiens-dentistes libéraux est équivalente en Ile-de-France à la moyenne nationale : 64 pour 100 000 habitants, mais la densité parisienne, 113 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, et dans les Hauts-de-Seine, 71 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants tirent la moyenne régionale vers le haut.

Les 6 autres départements franciliens sont en-dessous ou très en-dessous de la moyenne, en particulier en Seine-Saint-Denis où la densité professionnelle est à peine supérieure à la moitié de la densité régionale.

L'activité des chirurgiens dentistes est libérale à 83% en Ile de France alors qu'elle est de 91% pour la France entière. Cette particularité tient au nombre important de praticiens salariés, tant dans des cabinets libéraux (les chirurgiens-dentistes, contrairement aux médecins, peuvent avoir des confrères salariés) que dans les services hospitaliers (présence de 6 services hospitalo-universitaires odontologiques à l'AP-HP et de services odontostomatologiques dans d'autres établissements hospitaliers périphériques) et dans les centres de santé.

52,2 % exercent en cabinet individuel, 29,8% en cabinets de groupe, 9,9 % en société.

Densité des chirurgiens-dentistes libéraux en Ile de France en 2010



L'effectif des chirurgiens-dentistes libéraux décroît régulièrement.

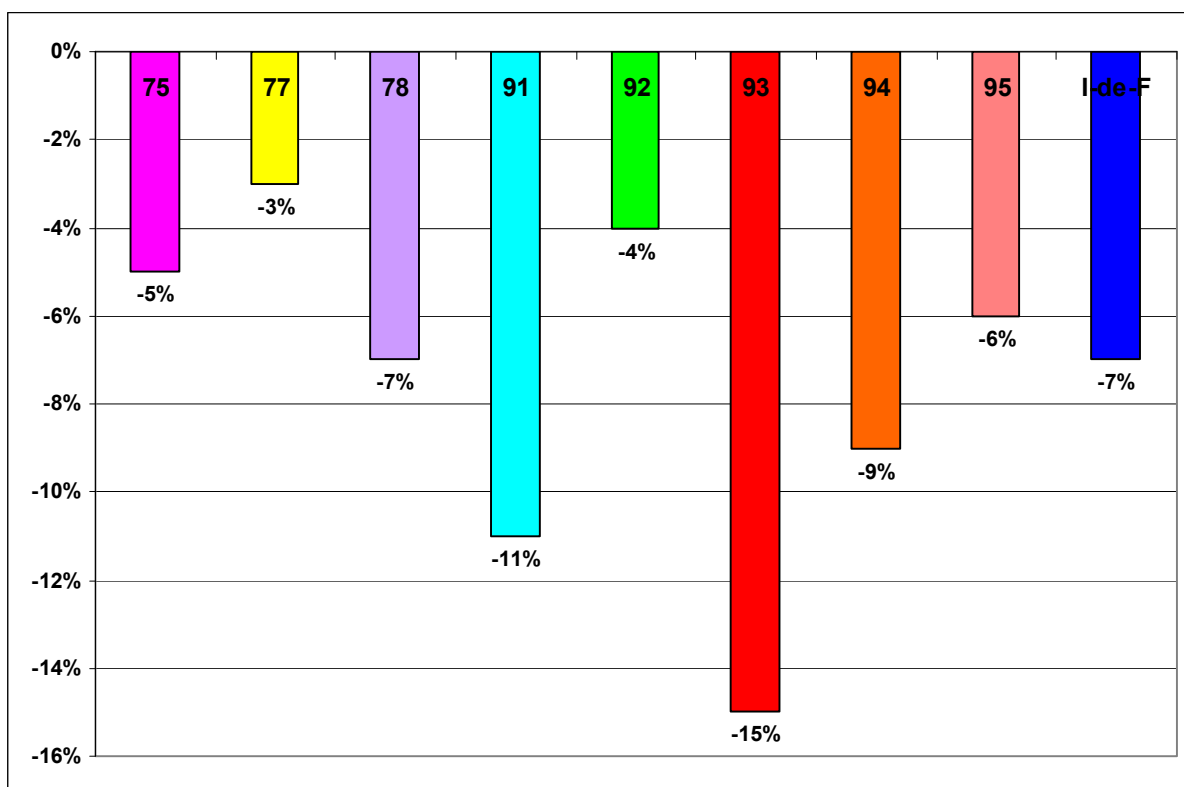
Selon une étude DREES de 2007, si le numerus clausus était maintenu à 977 étudiants, la densité des chirurgiens-dentistes en France diminuerait encore sensiblement, passant de 65 pour 100 000 habitants en 2006 à 40 en 2030.

Le vieillissement de la population professionnelle n'est pas compensé par les nouveaux arrivants.



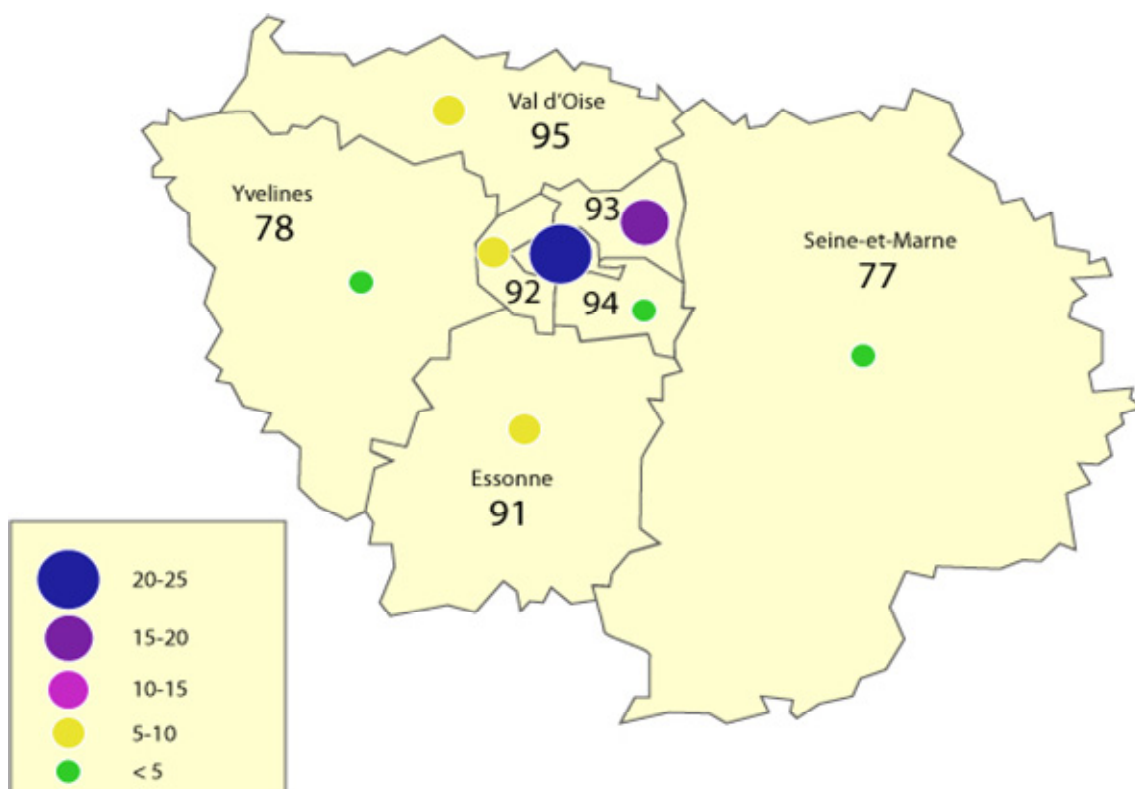
Entre 2000 et 2009, alors que le déficit est de 3% pour la France métropolitaine, il est de 6,6% pour la région Ile de France, avec un déficit supérieur à 10% pour l'Essonne et surtout pour la Seine Saint Denis où il atteint 15%.

Evolution du nombre de chirurgiens-dentistes libéraux entre 2000 et 2009 en Ile de France



4.3.2 Centres de santé (CDS)

Répartition des 64 «Centre de Santé Dentaire » FINESS



Les centres de santé (CDS) couvrent 8% de l'offre de soins francilienne alors que la moyenne nationale est de 5%. En Ile-de-France il existe une concentration de l'offre des soins en CDS en faveur des départements urbains, au détriment des départements ruraux.

On recense 184 CDS ayant une activité dentaire sur la région.

Ces établissements totalisent 681 fauteuils dentaires. La densité moyenne régionale est de 5,8 fauteuils dentaires pour 100 000 habitants.

Les deux départements les plus dotés sont Paris avec 14,4 fauteuils dentaires pour 100 000 habitants et la Seine-Saint-Denis avec 9,7, alors que les Yvelines ne comptent qu'un peu moins d'un fauteuil dentaire pour 100 000 habitants.



La concentration de fauteuils dentaires aggrave le déséquilibre de Paris par rapport au reste de la région mais ne permet pas, en revanche, à la Seine-Saint-Denis de rejoindre les autres départements.

Le pourcentage de la population bénéficiaire de la CMU-C, soignée dans les centres de santé, est approximativement le double du pourcentage de la population bénéficiaire de la CMU-C départementale. Il n'existe pas d'étude expliquant cette situation.

La pratique du tiers payant, dans les centres de santé, n'est pas un élément déterminant, l'avance de frais étant supprimée pour tous les bénéficiaires de la CMU-C.

On peut penser que, comme il est beaucoup plus facile pour les populations précaires de se rendre à l'hôpital plutôt que de consulter en cabinet libéral, il est plus spontané, pour les populations en difficultés, de se faire soigner les dents dans un centre de santé plutôt que par le chirurgien-dentiste libéral le plus proche.

D'autant que les praticiens libéraux, s'ils ne refusent pas de dispenser des soins dans ce contexte, sont beaucoup plus réticents pour la réalisation d'actes de prothèse. Pour assurer le suivi des soins, obligation déontologique, ils adressent ces patients aux centres de santé pour l'exécution des prothèses.

L'activité dentaire des CDS correspond aux traitements les plus courants (plutôt conservateurs) inscrits à la nomenclature, mais certains d'entre eux commencent à réaliser des actes hors-nomenclature.

Ces dernières années, on enregistre une nette augmentation des consultations et une diversification des publics. Les motifs en sont, outre la paupérisation de la société :

- la facilité d'accès à la consultation, même sans rendez-vous,
- l'éventail des spécialités offertes,
- les plateaux techniques étendus,
- le respect des tarifs opposables,
- le respect des tarifs réglementés,
- la pratique du tiers-payant.



4.3.3 Odontologie dans les établissements hospitaliers, hors AP-HP

38 hôpitaux facturent des actes d'odontostomatologie en Ile de France. Trois sont des hôpitaux militaires, six sont des Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC), 29 sont des établissements publics.

Leur répartition géographique est équilibrée sur l'ensemble du territoire :

- - Quatre à Paris :

Le GROUPE HOSPITALIER (GH) SAINT JOSEPH, le GH DIACONESSES CROIX ST SIMON, l'Hôpital Instruction des Armées (HIA) DU VAL DE GRACE, le Centre Hospitalier (CH) STE ANNE.

- - Quatre dans l'Essonne :

Le CH SUD FRANCILIEN, le CH d'ARPAJON, le CH de LONGJUMEAU, le Centre GERIATRIQUE LES MAGNOLIAS.

- - Quatre dans la Seine Saint Denis :

Le CH LE RAINCY-MONTFERMEIL, le CH de MONTREUIL, le CH de ST DENIS, le CH d'AULNAY.

- - Quatre dans le Val de Marne :

L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY, le CH de CRETEIL, le CH de VILLENEUVE-ST-GEORGES, l'HIA BEGIN.

- - Cinq dans les Yvelines :

Le CH de POISSY SAINT-GERMAIN, le CH de MEULAN, le CH de MANTES-LA-JOLIE, le CH de RAMBOUILLET, le de CH VERSAILLES

- - Cinq dans les Hauts de Seine :

Le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL FOCH, le CH de ST CLOUD-SEVRES, le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers (CASH) DE NANTERRE, le CH de NEUILLY-COURBEVOIE, l'HIA PERCY.

- - Cinq dans le Val d'Oise :

Le CH DES PORTES DE L'OISE, le CH d'EAUBONNE-MONTMORENCY, le CH d'ARGENTEUIL, le CH de GONESSE, le CH de PONTOISE.

- - Sept en Seine et Marne :

Le CH de COULOMMIERS, le CH de MELUN, le CH de MONTEREAU, le CH de NEMOURS, le CENTRE MEDICAL DE FORCILLES, le CH de LAGNY-MARNE LA VALLEE, le CH de MEAUX.



En revanche leur activité est très disparate.

En 2010, selon les données issues du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en Médecine –Chirurgie-Obstétrique (MCO) où les actes médicaux, pour l'odontologie, sont identifiés par les lettres clés de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), 30 établissements, soit 79%, ne pratiquent que des actes chirurgicaux réalisés par des chirurgiens dentistes et/ou des stomatologistes.

Les seuls établissements hospitaliers ayant une activité généraliste, c'est-à-dire réalisant les soins conservateurs, les actes chirurgicaux et les actes de réhabilitations prothétiques, sont les 3 hôpitaux militaires et 3 établissements des Hauts de Seine : le centre médico-chirurgical Foch (ESPIC), le CASH de Nanterre et le centre hospitalier Neuilly-Courbevoie. (établissements publics).

Des traitements d'Orthopédie Dento-Faciale (ODF) sont facturés dans 5 établissements : 2 dans les Yvelines, 1 dans l'Essonne, 1 dans le Val de Marne, 1 dans le Val d'Oise.

Les postes sont de 18 praticiens hospitaliers temps partiels dont 2 vacants, 6 temps pleins dont 2 vacants, 2 assistants dont 1 vacant. Il n'existe aucun poste d'odontologiste hospitalier.

4.3.4 Odontologie dans les établissements hospitaliers AP-HP Hors services odontologiques hospitalo-universitaires

Les établissements de l'AP-HP, hors services odontologiques hospitalo-universitaires, dispensant des soins bucco-dentaires, situés en Ile-de-France, sont au nombre de 22.

12, soit 54%, sont implantés à Paris, 4 dans le Val de Marne, 3 dans les Hauts de Seine, 2 dans la Seine Saint Denis, 1 dans l'Essonne, aucun dans le Val d'Oise.

Leur activité a été relevée à partir des lettres clés de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) utilisées pour la facturation des consultations externes. Bien que ce moyen d'identification biaise les données, certains services dispensant l'essentiel des soins odontologiques à des patients hospitalisés dans l'établissement ce qui ne permet pas de facturation individualisée, il est actuellement le seul possible.

En 2011, L'hôpital Robert Debré, hôpital d'enfants, est le seul de ces établissements à avoir une activité généraliste à laquelle s'adjoint la prise en charge de traitement ODF.



Les actes, selon les lettres clés, sont dispensés tant par des odontologistes que par des stomatologistes.

La même année, l'hôpital Joffre-Dupuytren (91), l'hôpital de Bicêtre (94), l'hôpital Cochin-Saint Vincent de Paul (75) ont une activité généraliste équilibrée entre les soins conservateurs, les soins chirurgicaux et les réhabilitations prothétiques mais ne dispensent pas de soins d'ODF.

Mais les mêmes résultats chiffrés montrent qu'il est pratiqué 5 fois plus d'actes de chirurgie (KC + DC = 21 434) que d'actes de soins conservateurs (SCM + SC = 4339).

Ce constat justifie un examen plus approfondi. En effet, les services hospitaliers sont-ils des structures de référence pour les praticiens de 1^{er} recours qui leur adressent des patients dont ils ne peuvent assurer la prise en charge pour les actes chirurgicaux, en raison de leur état général ou de la nécessité d'un plateau technique médicalisé ?

Ou, parce que les chefs de service sont des médecins, stomatologistes ou oto-rhino-laryngologistes, cette restriction tient-elle à des choix organisationnels historiques ?

Par ailleurs des actes de prothèse sont facturés dans 14 établissements mais quelle est la nature de ces actes dans les 4 services où il n'y a pas d'activité de soins conservateurs relevée ?

Des visites sur sites seront programmées pour éclairer ces différents points.

4.3.5 Formation initiale des chirurgiens-dentistes

L'ARS, en charge de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, de l'amélioration de la qualité du service rendu et de l'amélioration de l'efficacité du système de santé, ne peut se désintéresser de la formation initiale des chirurgiens-dentistes. Par ailleurs, c'est pendant ce temps que les chirurgiens-dentistes doivent être formés à la prévention et à la prise en charge des populations à besoins spécifiques de soins bucco-dentaires.

La formation initiale est dispensée par deux facultés de chirurgie-dentaire en Ile de France, l'une faisant partie de l'Université Paris Descartes (Paris V), l'autre de l'université Paris Diderot (Paris VII)

- OBJECTIFS

Les enseignements de la chirurgie-dentaire sont dispensés en vue de l'exercice professionnel, de l'enseignement et de la recherche.



• ACCÈS

L'accès aux études d'odontologie est subordonné à l'obtention d'un classement en rang utile à l'issue du concours de fin de première année d'étude de santé. Cette première année est commune aux étudiants de médecine, chirurgie dentaire, pharmacie, sages-femmes. Le numerus clausus est fixé chaque année par un arrêté ministériel.

• LES ÉTUDES

Les études conduisant au diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire comprennent des enseignements théoriques, pratiques et cliniques. Les étudiants ont la possibilité de préparer un Master 1 Santé pendant leur cursus. Ils peuvent également présenter le concours de l'internat.

Les études sont organisées en 3 cycles.

Un grand nombre d'enseignements dirigés est pluridisciplinaire. Une part importante des travaux pratiques est consacrée à l'initiation gestuelle par des travaux sur modèles ou fantômes simulant des situations cliniques.

Très tôt les étudiants sont confrontés à la relation patient-soignant.

• LA FORMATION CLINIQUE

En deuxième année du premier cycle (PCEO2) et en première année du deuxième cycle (DCEO1), les étudiants effectuent un stage clinique d'initiation aux fonctions odontologiques dans l'un des services d'odontologie hospitaliers rattachés à la Faculté. Il convient de préciser que les services d'odontologie fonctionnent en polyclinique, cette organisation permettant aux praticiens des différentes disciplines de confronter les options de traitement et de les réaliser pour un meilleur service rendu aux patients.

En deuxième année du deuxième cycle (DCEO2) et en troisième année du deuxième cycle (DCEO3), les étudiants effectuent des stages cliniques de participation aux fonctions hospitalières odontologiques dans les services d'odontologie. Différents stages hospitaliers, hors services d'odontologie, sont également effectués durant le cursus. A partir de la deuxième année du deuxième cycle (DCEO2), les étudiants ont le statut d'étudiants hospitaliers.

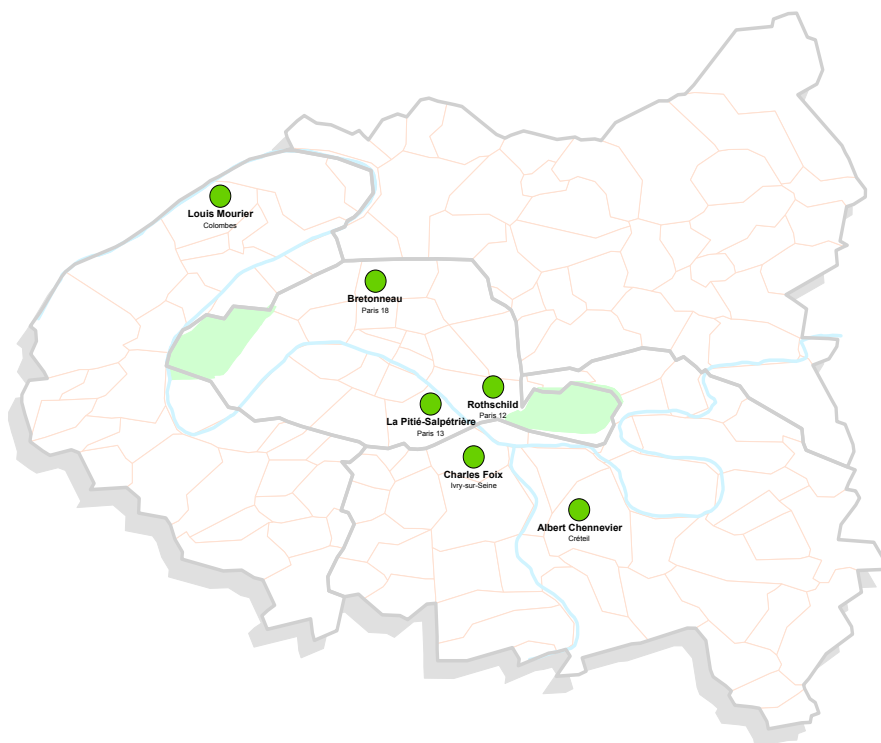
Le troisième cycle court, d'une durée d'un an (TCEO1), est consacré à l'approche globale du patient et à la préparation à l'exercice autonome de la profession. L'étudiant, tout en continuant à se former et à approfondir ses connaissances dans les domaines déjà abordés, complètera sa formation en informatique, économie, gestion et comptabilité.

Les orientations retenues pour l'ensemble du cursus visent à donner aux étudiants la possibilité de s'adapter à l'évolution rapide des sciences et des techniques, à leur inculquer de solides connaissances en prévention des maladies, tout en développant leur sens des responsabilités économiques et sociales.

Le troisième cycle long (internat en odontologie) accessible par concours est d'une durée de six semestres. Les internes font six stages hospitaliers d'un semestre chacun au cours desquels ils reçoivent une formation approfondie dans les différents domaines. Par ailleurs, ils suivent une formation théorique.

Un projet de fusion des deux facultés actuelles est à l'étude.

4.3.5.1 Services odontologiques hospitalo-universitaires



Six Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires (CSERD) sont répartis dans six hôpitaux de l'AP-HP et dépendent des deux facultés en Ile de France.



Ils disposent de 227 fauteuils dentaires.

Leur implantation territoriale est inégale au détriment de la grande couronne où aucun n'est installé. Quant à la petite couronne et à Paris intra-muros, deux services sont situés dans le quart sud-est de la capitale, deux dans le Val de Marne, un dans le nord-ouest de Paris, un dans le nord des Hauts de Seine.

Deux seulement sont intégrés dans des hôpitaux de court-séjours, à La Pitié-Salpêtrière et à Louis Mourier. Les quatre autres, par décision de l'AP-HP, se trouvent dans les hôpitaux gériatriques Rothschild, Charles Foix, Albert Chenevier et Bretonneau.

La continuité des soins n'est pas strictement assurée, certains services sont totalement fermés durant huit semaines sur l'année.

La permanence des soins n'est assurée qu'à la Pitié-Salpêtrière.

Les activités et missions des services d'odontologie :

Les services d'odontologie assument les missions de service public hospitalier : soins, enseignement et recherche dans les différentes orientations cliniques de l'odontologie (soins et prothèses dentaires, chirurgie buccale, prévention, soins des gencives, orthopédie dento-faciale...).

La mission d'enseignement est particulièrement importante compte tenu des effectifs (plusieurs centaines par promotion) d'étudiants hospitaliers en formation initiale et en formation médicale continue.

Ils assurent la prise en charge des soins de premier recours sur les bassins de vie dans lesquels ils sont installés et les soins bucco-dentaires des personnes hospitalisées.

Les activités cliniques concernent la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants.

Une part essentielle de l'activité de soins est consacrée aux missions de recours, notamment :

- les soins aux patients en situation de handicap,
- les soins aux personnes âgées dépendantes,
- les soins aux personnes en situation de précarité,
- les urgences,
- la prise en charge hospitalière des patients atteints de pathologies lourdes, multiples ou complexes,
- la prise en charge des douleurs chroniques,



- les soins de support en cancérologie.

La mission de recherche s'exprime au travers de Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC) (risques infectieux, biomatériaux, douleurs, imagerie, épidémiologie, santé publique...)

ORGANISATION

Enseignement clinique : Distribution par site

PARIS V : 125 fauteuils

Albert Chenevier : Créteil	: 29 fauteuils – Professeur Bruno GOGLY
Charles Foix : Ivry	: 31 fauteuils – Professeur Louis MAMAN
Louis Mourier : Colombe	: 23 fauteuils – Professeur Marysette FOLLIGUET
Bretonneau : Paris	: 42 fauteuils – Intérim Professeur Marysette FOLLIGUET

PARIS VII : 102 fauteuils

Rothschild : Paris	: 77 fauteuils – Professeur Bernard PICARD
Pitié-Salpêtrière : Paris	: 25 fauteuils – Professeur Jean AZERAD
S.A.U Pitié-Salpêtrière : Paris	: 3 fauteuils (2 fonctionnels)

EFFECTIFS MÉDICAUX

Pour l'ensemble des services odontologiques les personnels hospitalo-universitaires représentent 98,5 Equivalents Temps Plein (ETP) Hospitalo-universitaires répartis entre 26 Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers (PU-PH) plein temps, 99 Maîtres de Conférence des Université-Praticiens Hospitaliers (MCU-PH) et 102 assistants hospitalo-universitaires exerçant à temps partiel en grande majorité.



L'effectif des praticiens hospitaliers (PH) non universitaire est extrêmement réduit. L'un est le responsable du service d'accueil des urgences odontologique, l'autre du service de Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, le troisième exerce dans le service odontologique de à l'hôpital Albert Chenevier où il apporte son concours à la prise en charge des patients à besoins de soins spécifiques.

LA PROFESSION D'ASSISTANT DENTAIRE N'ÉTANT PAS INSCRITE DANS LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, IL N'EST PAS POSSIBLE DE FORMER LES ÉTUDIANTS AU TRAVAIL À QUATRE MAINS.

4.3.5.2 Internat

Le décret du 5 janvier 2011 organise le troisième cycle long des études odontologiques.

L'arrêté du 31 mars 2011 fixe la liste des formations qualifiantes et la régulation des diplômes d'études spéciales (DES) en odontologie.

- DES de chirurgie orale ;
- DES de médecine bucco-dentaire ;
- DES d'orthopédie dento faciale (ODF).

L'ARS est chargée de l'organisation des stages des internes odontologiste comme elle l'est pour les internes de médecine et de pharmacie.

Cinq services hospitalo-universitaires odontologiques ont reçu un agrément de 5 ans pour l'accueil des internes en chirurgie orale, un d'un an, renouvelé un an.

Les six services sont terrains de stage pour les internes en médecine bucco-dentaire.

Pour le DES d'ODF un seul des six services réunissait les conditions de séniorisation, exigées par les textes, pour bénéficier d'un agrément de cinq ans la première année. Pour la deuxième campagne trois autres ont été autorisés pour un an.

4.3.6 Permanence des soins

Urgences

Les urgences médicales, en santé bucco-dentaire, sont rares mais ne doivent pas être pour autant méconnues. Un phlegmon du plancher de la bouche non traité peut engager le pronostic vital.



Les urgences strictement dentaires sont, soit traumatiques : (fractures dentaires, luxation avec ou sans fracture de l'os alvéolaire, expulsion), soit infectieuses. La prise en charge d'une cellulite, diffusion d'un foyer infectieux d'origine dentaire, par traitement antibiotique ou chirurgical (comme le drainage), a une évolution en général excellente. Chez un sujet, sain par ailleurs, en l'absence de traitement, l'évolution spontanée est très rarement favorable, pouvant se compliquer de fascite nécrosante et éventuellement de choc septique. Chez un sujet dont l'état de santé est fragilisé, les risques sont majeurs et peuvent justifier une hospitalisation en urgence.

- **Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA)**

La prise en charge des situations d'urgence est assurée tant par les chirurgiens-dentistes libéraux que par les centres de santé (CDS) ou les services hospitaliers les jours ouvrables et aux heures ouvrables. Nombreux sont les cabinets libéraux et les CDS ouverts le samedi matin, quelques uns toute la journée. L'accueil et la prise en charge des patients sont organisés dans les centres odontologiques : fauteuils dédiés aux « patients sans rendez-vous » de même que dans les CDS.

Les Conseils Départementaux de l'Ordre organisent un système de garde le dimanche, assuré par les chirurgiens-dentistes libéraux. Cependant, actuellement et dans certains départements franciliens, les gardes du dimanche ne sont plus effectives à la suite d'agressions dont certains praticiens libéraux ont été victimes.

Pendant les vacances estivales, si les CDS sont ouverts, un certain nombre de centres odontologiques sont fermés et les cabinets libéraux n'ont aucune obligation.

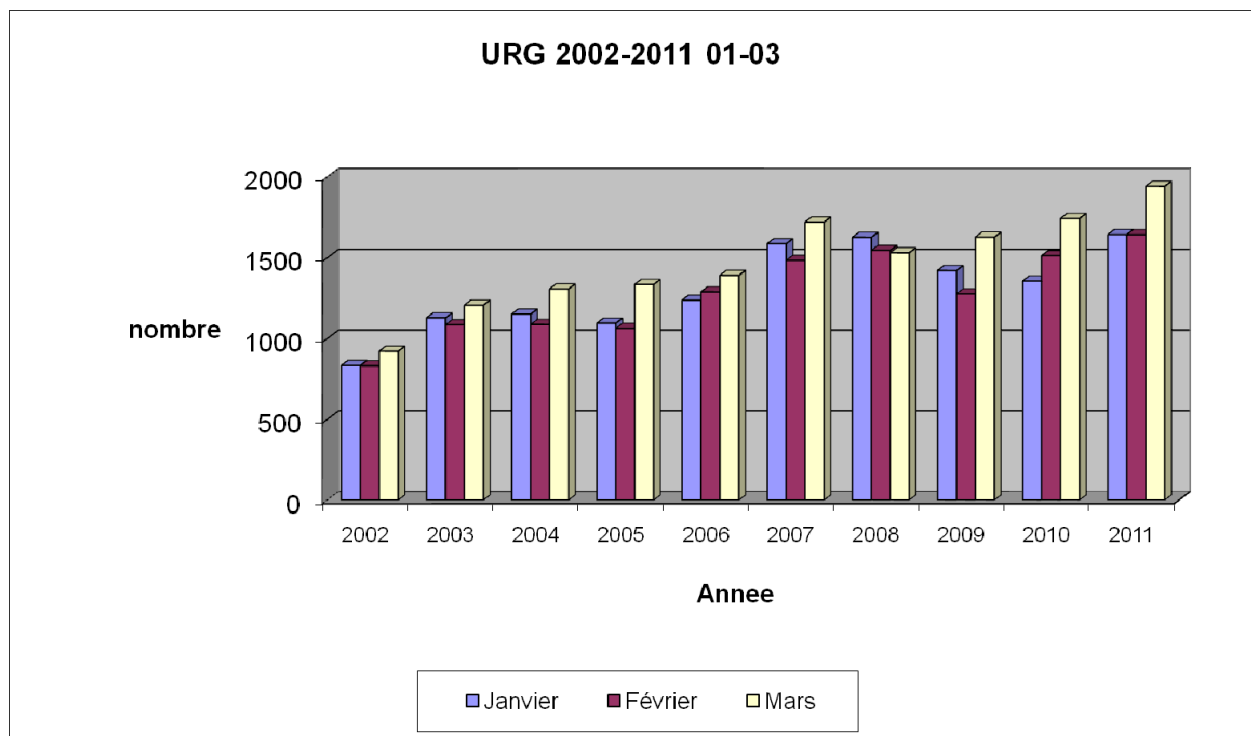
Les urgences de nuit ne sont pas assurées par les CDS et par les praticiens libéraux. Ils ne participent pas à la permanence des soins mais uniquement au suivi des soins pour leurs patients

Les matinées des jours ouvrables et après-midi jusqu'à 17h 30, les consultations et services de stomatologie des hôpitaux suivants : Bicêtre, Cochin, Necker-Enfants Malades, Pitié-Salpêtrière, Hôtel-Dieu, Saint-Louis, Saint-Antoine, Tenon, Saint-Vincent de Paul (enfants du lundi matin au vendredi midi), Robert Debré (enfants) et Armand Trousseau (enfants) accueillent les patients sans rendez-vous, en urgence.

- **Permanence Des Soins en Etablissements de Santé (PDSES)**

Les après-midi après 17h 30, les nuits, samedis, dimanches et jours fériés, une seule structure hospitalière assure de manière pérenne l'accueil des urgences odontologiques : la Pitié-Salpêtrière (SAU). Un interne et un praticien sénior sont présents tous les jours de 20 heures à minuit. La garde en « nuit profonde » est assurée par le seul praticien sénior. Seuls les adultes peuvent y être soignés.

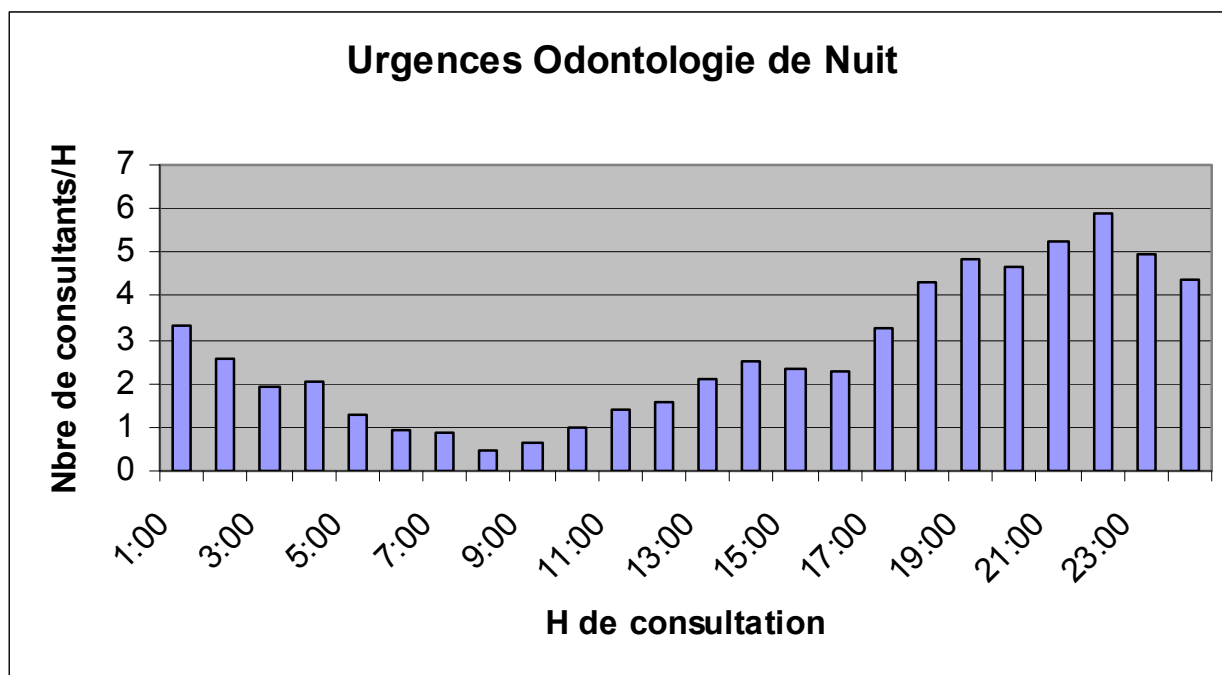
Evolution de l'activité de jour du SAU, mesurée les 3 premiers mois de chaque année.



En 9 ans la fréquentation du SAU a plus que doublé.

Le jour, les patients sont en majorité des hommes (70%). Selon deux études transversales réalisée en 2004 et 2006 la moitié des patients reçus au SAU avait moins de 45 ans et habitait Paris. Plus de la moitié avait une couverture CMU (29%) ou AME (27%) et 39% étaient en recherche d'emploi. Un quart était déjà venu dans ce service et 45% avaient consulté pour cette urgence.

La nuit et le week-end, les patients sont aussi en majorité d'hommes (59%), de sujets jeunes (44% < 30 ans), ayant en majorité une couverture sociale; seulement 30% habitaient Paris. Le motif est la douleur (90%), le jour comme la nuit.



Pour les urgences odonto-pédiatriques il n'y a pas, dans toute la région Ile de France, de possibilité de prise en charge la nuit. Bien évidemment si un enfant se présente au service d'accueil d'urgence (SAU) de la Pitié-Salpêtrière pour une urgence grave, il est pris en charge par l'odontologiste présent. Mais d'une part les praticiens de garde ne sont pas spécialement formés à l'odontologie pédiatrique et d'autre part, si une hospitalisation est nécessaire, elle n'est pas possible dans cet établissement qui est un hôpital d'adultes.

4.3.7 Permanence d'accès aux soins de santé – PASS

CREATION DES P.A.S.S.

- Loi N° 98-657 du 29 Juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions - Article 76
Après l'article L. 711-7 du code de la santé publique, il est inséré un article L.711-7-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 711-7-1. - Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins prévus à l'article 71 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes. »

- Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n°736 du 17 décembre 1998
- Circulaire DH/AF1 n°05960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé
-

Les hôpitaux publics ont ainsi progressivement développé des missions spécifiques d'accueil et de prise en charge médicale et sociale, où simultanément à la délivrance de soins de première intention, un accompagnement social permet l'accès à une protection maladie, ou une aide spécifique, institutionnelle. L'installation de ces missions de permanence d'accès aux soins de santé (PASS) s'est appuyée sur la création de dispositifs spécifiques, le plus souvent intégrés à des services de Médecine, ou a contribué à formaliser des dispositifs existants. Les missions de PASS ne sont pas financées en fonction du nombre de patients traités ou hospitalisés, telle que le prévoit la gouvernance actuelle de l'Hôpital public (tarification à l'activité), mais relèvent de financements forfaitaires dans le cadre de missions dites d'intérêt général.

Les missions de PASS et l'odontologie

Au 1er juillet 2009, les expériences de PASS buccodentaires sont peu nombreuses, seuls le CHU de Toulouse et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris en ont développé. La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la Santé et des Sports a lancé, au cours du premier semestre 2009, un appel à projets auprès des agences régionales d'hospitalisation pour développer des consultations dentaires hospitalières chargées de missions de PASS ; une dizaine de dispositifs de ce type devrait être créée.

La paupérisation de la population entraîne une explosion des besoins. Il n'existait qu'une seule PASS odontologique régionale, à l'hôpital Pitié-Salpêtrière, totalement submergée. L'analyse de l'origine géographique des patients montre que plus de la moitié viennent des départements limitrophes.

Depuis novembre 2011 une PASS odontologique est en place dans le groupe hospitalier Mondor/Chenevier dans le Val de Marne. Par ailleurs, une demande de l'hôpital Louis Mourier (Hauts de Seine) est en cours d'analyse.

A la suite de l'appel à projet de 2009 auprès des agences régionales d'hospitalisation pour développer des consultations dentaires hospitalières chargées de missions de PASS. 3 dispositifs ont été financés en Ile de France :

- pour l'AP-HP à l'hôpital Coeurin Celton, rien n'a été mis en place à ce jour. A la suite de l'intervention de l'ARS, la direction de l'AP-HP a décidé de réactiver le projet. A défaut les fonds versés, et non affectés à cette réalisation, devront être rendus.
- dans l'Essonne, pour l'hôpital Sud-Francilien : la réalisation est en cours
- dans la Seine Saint Denis : le projet est toujours soutenu par la direction mais la mise en œuvre se heurte au manque de praticiens hospitaliers.

La consultation Françoise Roth :



L'expérience parisienne date de 2002 et fait suite aux travaux de Françoise Roth [8], dont elle porte le nom depuis décembre 2008. Les missions de cette consultation constituent, avec celles d'accueil et de prise en charge des urgences d'odontologie, une des missions principales du service ; situé sur le site du groupe hospitalier Pitié Salpêtrière (GHPS) il est rattaché à l'université Paris 7- Denis Diderot. Il comprend vingt-cinq fauteuils dentaires dont la plus grande partie, ainsi que les équipements annexés, a été financée par la Ville de Paris en 2002. La consultation Françoise Roth est une unité fonctionnelle hospitalière, notamment soumise à une comptabilité identifiante, placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier.



Les personnels médicaux qui lui sont spécifiquement attribués correspondent à un temps plein hospitalier et à douze demi journées de praticiens attachés, ainsi qu'une assistante sociale à temps plein. Les autres dépenses (personnels médicaux et non médicaux, matériels et consommables, équipements, amortissements et dépenses hôtelières) sont intégrées à l'ensemble des dépenses du service, tout en restant identifiées. La consultation Françoise Roth dispose enfin d'une dotation spécifique, de 91 400 € en 2008, destinée à l'achat de prothèses dentaires auprès d'un ou de laboratoires de prothèses sélectionné(s) selon les procédures d'attribution des marchés publics. En 2008, la file active des patients pris en charge dans la consultation est de 865 [2].

4.3.8 Réseaux de soins et de santé

Les réseaux de soins ont été initiés par les ordonnances du 24 avril 1996 (dites ordonnances Juppé). Ils trouvent leur fondement textuel dans le texte de l'article L.6321-1 du Code de la santé publique, inséré par la loi du 4 mars 2002.

Cet article détermine :

- L'objet et les missions du réseau ;
- Les personnes pouvant participer au réseau ;
- Les modalités de financement du réseau.

L'article L.6321-2 du Code de la santé publique précise quant à lui les formes sous lesquelles le réseau peut être constitué.

Définitions :

- **Réseau** : du latin « retis » filet : le réseau de soins est une nouvelle organisation permettant une coordination des soins
- **Filière** : du latin « filum » fil : elle est le passage du patient orienté par son généraliste vers un spécialiste
- **L'hospitalisation à domicile (HAD)** fait partie des structures de soins alternatives à l'hospitalisation mais n'est pas un réseau de soins selon les ordonnances de 1996. Elle travaille en complémentarité avec l'ensemble des professionnels de santé intervenant à domicile.

Qu'est-ce qu'un réseau de santé?

Il constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population à un moment donné, sur un territoire donné.

Il est composé d'acteurs se fondant sur la définition commune d'objectifs.



L'activité du réseau

Un réseau prend en charge des personnes malades ou susceptibles de l'être.

Il doit avoir des activités de prévention collective et d'éducation à la santé.

Caractéristiques des réseaux

Les réseaux sont caractérisés par : leurs finalités, leurs objectifs opérationnels, leurs intervenants, leurs modalités d'organisation, leur cadre d'analyse de performance.

Buts des réseaux

Ils ont pour but de décroisonner le système de santé, de replacer le patient au cœur du système, d'accroître les compétences des acteurs, de revaloriser les professionnels, d'améliorer l'efficacité du système en permettant son rééquilibrage.

4.3.8.1 Objet et missions du réseau

- Favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires ;
- Assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.
- Participer à des actions de santé publique.

Le texte prévoit que les réseaux peuvent être organisés entre :

- les professionnels de santé libéraux ;
- les médecins du travail ;
- des établissements de santé ;
- des groupements de coopération sanitaire ;
- des centres de santé ;
- des institutions sociales ou médico-sociales ;
- des organisations à vocation sanitaire ou sociale ;
- des représentants des usagers.

Les membres du réseau seront bien évidemment fonction de la pathologie, de l'activité sanitaire ou de la population visée par le réseau.

Evaluation du réseau

Elle doit permettre de répondre à six questions :

- Atteinte des objectifs ?
- Qualité du processus et résultats atteints ?
- Satisfaction des personnes prises en charge ?
- Apport spécifique de l'organisation en réseau ?



- Coûts engendrés ?
- Effets indirects positifs ou négatifs induits par le réseau ?

La méthodologie s'appuie sur 4 cadres de référence:

- Évaluation médicale : pratiques et organisation de soins
- Évaluation économique
- Évaluation de la satisfaction des personnes prises en charge; des acteurs réseau et des financeurs
- Évaluation du programme de santé qui exige une approche globale : Article 1 de la loi N°98-657 du 29 juillet 1998

Dans le cadre d'un réseau, il est possible de déroger :

- Aux dispositions des conventions nationales existantes et qui concernent les tarifs, honoraires et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux ;
- Aux dispositions relatives à la couverture de certains frais par l'assurance maladie
- Au principe du paiement direct des honoraires par le malade au praticien ;
- Aux dispositions relatives à la limitation ou à la suppression de la participation du patient au paiement de certains frais.

4.3.8.2 Les principaux réseaux de soins à activités bucco-dentaires (selon le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes, 16 novembre 2010)

Réseau Bus Dentaire UFSBD Paris

Bus dentaire affrété avec les fonds de la caisse primaire de Paris et visant à prendre en charge les personnes âgées résidant en EHPAD (établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes).

Ce réseau n'a plus d'activité (défaut de praticien).

Réseau Santé Sud Yvelines (RESSY)

Réseau ayant pour but d'améliorer le suivi, l'accompagnement et les soins aux personnes touchées par des pathologies ou des problématiques lourdes (VIH, VHC, diabète, etc.), et de favoriser la communication entre les différents intervenants, tant en ville qu'à l'hôpital.

Réseau Accès aux Soins, Accès aux Droits et Education à la Santé (ASDES)

Réseau s'adressant aux patients qui cumulent des facteurs de risques médicaux et/ou sociaux et effectuant le repérage des problèmes individuels, puis la mise en œuvre d'une démarche personnalisée de prévention et d'éducation à la santé et de dépistage précoce. Hôpital Max Fourestier site : CASH Nanterre.



Réseau Groupe innovation prévention santé (GIPS)

Réseau ayant pour objectif de développer et favoriser les stratégies de prévention bucco-dentaire contribuant à l'éducation et à l'information des patients.

Réseau santé orale et autonomie

Financé par la Direction Générale de la Santé, ce réseau a été mis en place dans le cadre du plan de prévention bucco-dentaire du ministère de la santé et des solidarités qui prévoit notamment un projet global pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes non autonomes en France.

Réseau RHAPSOD'IF : Prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap

Un dépistage des enfants et adolescents lors de l'entrée de l'établissement ou du réseau permet à celui-ci l'orientation vers la structure de prise en charge la plus adaptée.

RHAPSOD'IF a établi des partenariats multiples sur le territoire avec des établissements sanitaires et médico-sociaux, un réseau de santé bucco-dentaire local (réseau APPOLLINE), des facultés de chirurgie dentaire, des chirurgiens-dentistes (libéraux et salariés), un Centre Communal d'Actions Sociales.

- - La formation des chirurgiens-dentistes.

Le programme de formation a pour objectif de permettre aux praticiens intervenants d'acquérir des compétences afin de réaliser la prévention et l'éducation à la santé des personnels des établissements, des enfants et des parents.

Concrètement, chaque professionnel ayant suivi la formation doit être capable de mettre en œuvre une démarche éducative pour :

- Aider l'enfant, les professionnels et les parents à prendre en charge la santé bucco-dentaire,
- Définir des objectifs d'éducation et les moyens de les atteindre en concertation avec l'enfant et/ou les parents.
- Utiliser des méthodes et des outils d'intervention et d'évaluation adaptés aux enfants, aux objectifs et aux situations d'éducation individuelles ou collectives.



Réseau APPOLLINE

La coordination Apolline est un réseau bucco-dentaire ville-hôpital à destination des personnes âgées en établissement ou à domicile. Il a vu le jour grâce à la volonté du conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes de l'Essonne, du centre local d'information et de coordination (CLIC) « la HARPE » et de l'hôpital privé gériatrique « Les Magnolias ».

Ce réseau est hébergé par l'hôpital gériatrique privé « Les Magnolias ».

La prise en charge est assurée par une équipe mobile composée de trois chirurgiens dentistes, une assistante de coordination, une assistante sociale et une infirmière, toutes les deux à temps partiel. Vingt deux établissements et une quarantaine de praticiens libéraux sont adhérents.

Appoline intervient également dans l'information du grand public au travers de forums.

Dans les établissements, un dépistage des résidents avec orientation vers le soin et une formation du personnel sont réalisés.

L'implication du directeur de l'EHPAD est recherchée et un référent bucco-dentaire est désigné dans chaque établissement.

Le réseau est financé par l'ARS dans le cadre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) et de la programmation en Prévention Promotion de la Santé. En 2010, APPOLLINE s'est engagée dans un partenariat avec Rhapsod'if.



REGIES95

Une majorité d'EHPAD du Val d'Oise adhère à REGIES 95. Son but est de développer la réflexion sur les pratiques professionnelles au bénéfice des personnes âgées dépendantes hébergées sur le territoire du Val-d'Oise et, entre autre, sur le thème de la santé bucco-dentaire.

Soutenu par l'Assurance maladie du Val-d'Oise, REGIES 95 s'est engagé en 2007 dans une recherche-action, dans le cadre du Plan régional de santé publique, menée par l'UFR d'odontologie de l'université René Descartes, qui a mis en évidence des besoins de formation du personnel soignant des EHPAD du Val d'Oise, des besoins de supports de sensibilisation, des besoins de matériel de brossage et des problèmes d'accès aux soins.

L'objectif de REGIES 95 est d'instaurer une culture de santé bucco-dentaire dans les établissements en s'appuyant sur le trépied que constituent :

- La formation de coordinateurs relais dans les établissements qui ont en charge le contrôle des bonnes pratiques, la mise en œuvre de l'hygiène et la coordination des soins,
- La formation des médecins coordinateurs des EHPAD qui auront la charge de réaliser un premier bilan à l'entrée en EHPAD et de recommander un suivi par un chirurgien- dentiste. Ils valideront également les observations faites par les coordinateurs relais.
- La formation des chirurgiens-dentistes volontaires aux soins aux personnes âgées dépendantes dans le but de faciliter l'accès des personnes âgées dépendantes aux filières de soins par la transversalité des contacts, des pratiques et des compétences.

Bus Social Dentaire

Depuis 1995, le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes contribue à dispenser des soins dentaires aux plus démunis. Devant l'exclusion d'un nombre de plus en plus grand de personnes à l'accès aux soins dentaires, il a créé un bus social dentaire. Il s'agissait au départ d'un camion de la médecine du travail aménagé en cabinet dentaire itinérant permettant à une équipe de chirurgiens-dentistes bénévoles de dispenser des soins d'urgence aux personnes en situation de précarité. En 1996, l'association du Bus social dentaire voit le jour. Elle aura en charge l'organisation des soins d'urgence et le fonctionnement du bus.



D'abord localisée sur les Hauts-de-Seine, à proximité d'associations caritatives servant de lieux d'accueil au cabinet itinérant, cette action – qui rassemblera rapidement plus d'une centaine de praticiens volontaires - est progressivement étendue à Paris. En 2002, grâce notamment au soutien financier de la ville de Paris, l'association se dote d'un tout nouveau véhicule et d'un plateau technique flambant neuf (radio numérique, fauteuil dentaire, etc.).

Par ailleurs, une coordinatrice sociale a rejoint le bus où elle écoute, conseille et oriente les patients vers des services sociaux aptes à les rétablir dans leurs droits, et tente de les diriger, dans la mesure du possible, vers des structures de soins fixes.

Le bus reçoit plus de 1 000 patients par an. La plupart ne dispose pas d'une couverture maladie. Toutefois, depuis plusieurs années, en marge des soins, le bus social dentaire se fait fort d'accompagner les patients dans leur démarche pour obtenir des droits médicaux (Couverture maladie universelle, Aide médicale de l'Etat, etc.). La majorité des patients du bus sont originaires d'Afrique ou du Maghreb, d'Europe de l'Est et d'Amérique du Sud

Afin de recevoir des soins au bus social dentaire, il suffit de s'inscrire (avant le début de la vacation). Il n'est pas demandé aux patients de papiers d'identité ou de dossier médical. Les inscriptions ne peuvent se faire que sur le lieu de la vacation et le jour même.

2010 – Le Bus Dentaire en chiffre : (Lettre du CNO N° 97 – mai 2011)

« Le profil type du patient du Bus est représenté par un homme européen plutôt jeune et ne disposant d'aucune couverture sociale. En effet, la grande majorité des patients du Bus sont des hommes (68%) sans aucun droit social (57%). 42% d'entre eux sont âgés de 25 à 39 ans et 33% de 40 à 64 ans. Seul un patient du Bus sur 4 dispose d'un domicile personnel. 35% sont hébergés par de la famille ou des amis, 24% vivent en squat ou en centre d'hébergement et 9% sont sans domicile fixe. 17% des patients soignés sont titulaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) (ou sur le point de l'obtenir), 10% sont CMUistes et 14% bénéficient d'un régime de base de sécurité sociale. 39% des patients sont originaires d'Europe, 34% d'Afrique, 15% du Maghreb et 8% d'Asie. »

RESEAU SOCIAL DENTAIRE DU VAL-DE-MARNE

L'enjeu de ce Réseau est de répondre aux retentissements des affections buccodentaires qui affectent la santé et la qualité de vie des personnes en situation de renoncement aux soins.



5 ETAT DES LIEUX DES BESOINS

INTRODUCTION

Les affections bucco-dentaires sont extrêmement fréquentes, elles sont considérées par l'Organisation Mondiale de la Santé comme le troisième fléau mondial de santé après le cancer et les cardiopathies.

On estime à plus de trois quarts de la population adulte la proportion des personnes atteintes de caries. Les formes sévères des parodontopathies, allant jusqu'à la mobilité et la perte de plusieurs dents, peuvent atteindre 10 à 20 % de la population.

Dans la mesure où elles impliquent généralement infection et douleur, les affections bucco-dentaires retentissent, parfois gravement, sur l'état général et peuvent même engager le pronostic vital de sujets fragiles.

Il existe, en raison de facteurs de risque communs, des corrélations significatives entre un mauvais état bucco-dentaire (notamment parodontopathies sévères) et diabète, maladies cardio-vasculaires, accouchements prématurés, infections respiratoires provoquées, entretenues ou aggravées par l'inhalation de particules septiques d'origine buccale, cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Ces derniers, très liés à la consommation excessive d'alcool et de tabac, constituent une préoccupation de santé publique importante. Leur incidence en France est la plus élevée d'Europe (7 705 cas en 2000 et plus de 1 850 décès, d'après les registres des cancers du réseau Francim).

Les manifestations locales des affections bucco-dentaires peuvent avoir des conséquences psychologiques et/ou sociales importantes : troubles de l'apprentissage de la parole chez le très jeune enfant, perte du plaisir de manger, crainte de parler, de sourire, d'embrasser. Par ailleurs, des dents très abîmées sont un marqueur visible de marginalité susceptible de dégrader l'image de soi et de faire obstacle à une bonne insertion sociale.

Des populations à risque spécifique :

Des enquêtes récentes, conduites notamment par les services médicaux de l'Assurance maladie, ont confirmé l'existence d'inégalités sociales de santé et mis en évidence des populations particulières qui, en raison de difficultés spécifiques d'accès à la prévention et aux soins, présentent un état bucco-dentaire particulièrement dégradé et ne disposent pas toujours d'une offre de soins adaptée.

- Les très jeunes enfants
- Les personnes porteuses de certaines maladies chroniques et/ou à risque,
- Les personnes âgées dépendantes à domicile ou hébergées en établissement
- Les personnes en situation de handicap
- Les personnes en situation socio-économique défavorisée.

5.1 Très jeunes enfants

L'odontologie pédiatrique n'est pas reconnue, en France, comme une spécialité. Cependant les soins nécessités par un état bucco-dentaire déficient chez un très jeune enfant ne sont pas strictement identiques à ceux dispensés à l'adolescent ou l'adulte. L'abord de ces très jeunes patients nécessite une formation spécifique et il peut être nécessaire, pour les soigner, d'avoir recours à la sédation consciente (MEOPA) ou à une anesthésie générale. Par ailleurs, les besoins de prévention sont considérables ; selon une étude réalisée en 2006 dans le Val de Marne, 23,2% des enfants de 4 ans avaient des caries.

5.2 Personnes âgées

Elles sont un enjeu social majeur pour l'Ile-de-France. Si en 2005, 759 200 Franciliens étaient âgés de 75 ans ou plus, leur nombre sera de 952 600 en 2020, avec des situations de dépendance pouvant concerner le tiers d'entre eux. Un nombre croissant de personnes âgées sont en situation de grande précarité : au 31 décembre 2009, 17,3 % des 62 341 bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA) avaient 50 ans ou plus et 51 010 Francilien de 60 ans ou plus étaient bénéficiaires de l'Allocation supplémentaire vieillesse (ASV), leurs ressources annuelles ne dépassant pas 8 507 € pour une personne seule. De même, 3.450 Francilien perçoivent l'Allocation équivalent retraite (AER) de remplacement, d'un montant mensuel moyen de 982 €.



Selon toutes les études les personnes âgées, hébergées ou vivant à leur domicile, sont peu demandeuses de soins dentaires. En 2006, une analyse exhaustive de la consommation de soins dentaires sur une année, par les bénéficiaires de l'assurance maladie des Hauts-de-Seine, âgés de 65 ans et plus, vivant à domicile, a montré que 60% de cette population ne recourait pas aux soins.

Le vieillissement et la perte d'autonomie ont des effets néfastes sur l'état de santé bucco-dentaire et par conséquent sur l'alimentation de la personne âgée (risque de dénutrition). Ainsi, la mesure 2 du PNNS 2011/2015 (prévenir et dépister la dénutrition) comprend une action d'amélioration de la nutrition des personnes âgées par la promotion de la santé bucco-dentaire. (Action 23.3)

De plus, les affections bucco-dentaires, chez des personnes déjà très fragilisées, peuvent être à l'origine de complications infectieuses locales et à distance et augmentent le risque de complications d'autres pathologies (diabète).

5.2.1 Personnes âgées dépendantes

La région compte 40 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démences séniles et 15 500 souffrent de la maladie de Parkinson.

Selon toutes les enquêtes existantes, l'état bucco-dentaire des résidents d'EHPAD est particulièrement déficient. Cette population doit bénéficier d'une prise en charge préventive comprenant une formation des personnels soignants et un dispositif de dépistage bucco-dentaire avec une orientation vers le système de soins, car, lorsque les troubles cognitifs sont importants, les soins sont très difficilement réalisables à l'état vigile.

Un questionnaire a été adressé, par l'ARS, à l'ensemble des EHPAD de la région. Il ressort de la première analyse (55% des établissements ont déjà répondu correspondant à 60% des résidents), que de nombreux freins entravent l'accès aux soins.

Freins culturels : les personnes âgées sont peu demandeuses de soins dentaires, elles font partie des populations pour lesquelles la santé bucco-dentaire est accessoire, n'ayant bénéficié d'aucun programme de prévention.

Freins financiers et organisationnels : les personnels des établissements sont peu disponibles pour l'accompagnement.

Les établissements sont demandeurs d'examens réalisés dans les EHPAD par des chirurgiens-dentistes ; ils sont disposés à adhérer à un réseau de gérodentologie ; ils souhaitent que les personnels médicaux et dans une plus grande proportion les personnels paramédicaux reçoivent une formation à la prise en charge de la santé bucco-dentaire dans toutes ses composantes : prévention et hygiène.

5.3 Personnes atteintes de maladies chroniques

5.3.1 Données populationnelles

On recense 9,74 millions d'Affections de Longue Durée (ALD) (Régime général + Sections Locales Mutualistes) en France à fin décembre 2009. En Ile de France, ce chiffre s'élève à 1,79 million soit 18,4% de l'ensemble du nombre ALD.

Trois pathologies regroupent près d'une ALD sur deux en Ile de France :

- Les tumeurs malignes (ALD 30) : 17,9%
- Le diabète de type I et II (ALD 8) : 17,8%
- L'Hyper Tension Artérielle (HTA) (ALD 12) : 13,4%

Cette répartition est similaire en France métropole, les cas de tumeurs malignes et de diabète étant légèrement plus importants proportionnellement (respectivement 18,4% et 18,2% ; 11,8% pour l'HTA).

Entre 2008 et 2009, le nombre d'ALD a progressé de 5,2% en Ile-de-France. Les maladies cardiovasculaires, le diabète et les tumeurs malignes contribuent pour 78% à l'évolution de la croissance du nombre d'ALD en 2009.

5.3.2 Zoom sur certaines pathologies :

5.3.2.1 Le déficit immunitaire primitif grave, infection par le VIH :

Cette pathologie concerne près de 40 000 personnes en Ile de France. La prévalence, à structure d'âge et sexe identique, est deux fois supérieure à celle relevée en France (321 cas pour 100 000 personnes contre 164).

Paris et la Seine Saint Denis sont les deux départements franciliens où le nombre d'ALD 7 (Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est le plus élevé (respectivement 577 et 403 p/100 000).



Toute atteinte infectieuse chez les immunodéficients peut engager le pronostic vital, la prévention et le suivi dentaires sont donc essentiels.

5.3.2.2 Le diabète de type I et II

318 000 personnes bénéficient d'une exonération au titre de l'ALD 8 en Ile de France. Le nombre de cas standardisé est inférieur sur la région comparé aux données nationales.

Cependant en Ile de France, on constate d'importantes disparités.

Ainsi, le nombre de personnes est très élevé en Seine-Saint-Denis (4 053 cas pour 100 000 contre 3 084 en France, soit 30% de plus).

A un moindre niveau, le Val-d'Oise, la Seine-et-Marne et l'Essonne sont également au-dessus de la moyenne régionale (respectivement 3 511 cas pour 100 000 habitants, 3 335 et 3 119).

Cette affection est reconnue comme facteur causal ou aggravant des affections parodontales (lésions des tissus de soutien de la dent) et les personnes atteintes présentent un risque carieux très élevé. L'HAS préconise une consultation dentaire biannuelle.

5.3.2.3 L'Hyper-tension Artérielle (HTA)

La prévalence pour cette affection est supérieure en Ile-de-France par rapport à celle observée en France : 2 216 cas pour 100 000 personnes contre 1 999 cas.

L'HTA concerne environ 239 100 personnes sur la région.

Trois départements se distinguent par une forte prévalence de la pathologie – taux standardisés - :

- 2 875 en Seine-et-Marne
- 2 852 en Seine-Saint-Denis
- 2 724 dans l'Essonne

Les effets secondaires iatrogènes de certains antihypertenseurs peuvent être une xérostomie (bouche sèche), une dysgueusie (altération du sens du goût) ou, comme les inhibiteurs calciques, une hyperplasie gingivale.

5.3.2.4 Les tumeurs malignes

320 500 personnes sont exonérées au titre de l'ALD 30 « Tumeurs malignes » en Ile de France, ce qui représente en taux standardisé, 2 924 cas pour 100 000 franciliens (3 128 cas pour la France).

Deux départements se situent légèrement au-dessus de la moyenne nationale :

- La Seine et Marne (3 213 pour 100 000 personnes)
- l'Essonne (3 132 pour 100 000 personnes)

A l'inverse, la prévalence en Seine-Saint-Denis et à Paris est plus basse que sur l'ensemble du territoire (respectivement 2 719 et 2 819 cas pour 100 000 habitants).

Le traitement par chimiothérapie, quelque soit la localisation de la tumeur, exige au préalable l'éradication de tout foyer infectieux. Par ailleurs, les complications des chimiothérapies sont fréquentes au niveau de la muqueuse buccale.

Il en est de même lorsque l'administration de bis-phosphonates est nécessaire. L'ostéo-nécrose mandibulaire est un risque majeur de complication. Un bilan dentaire préalable est impératif.

L'irradiation de la sphère oro-pharyngienne, pour le traitement des cancers buccaux, a une incidence directe sur la cavité buccale. La réduction de la sécrétion salivaire augmente significativement le risque carieux. La réalisation de gouttières de protection et la fluoruration topique sont une absolue nécessité. Des extractions dentaires, alors que les tissus osseux supports ont été irradiés, entraînent un risque significatif d'ostéoradionécrose.

5.3.2.5 L'insuffisance respiratoire chronique grave

Cette pathologie concerne 74 300 personnes en Ile-de-France. Le taux de prévalence est plus élevé en Ile-de-France qu'en métropole et ce, quel que soit le département (Ile- de-France : 661 cas p/100 000 ; France 558 cas p/100 000).

On trouve les plus forts taux en Seine-Saint-Denis (948 cas) et en Seine-et-Marne (786 cas).

La broncho-pneumopathie chronique obstructive, ou BPCO, est une maladie grave qui touche 3,5 millions de Français, soit 6 à 8% de la population adulte.

Pour diminuer la fréquence et la gravité des poussées de BPCO, il est nécessaire de traiter tout foyer infectieux des sinus et des dents (sinusites, caries, abcès dentaires, gingivites, etc.)

5.4 Personnes en situation de handicap : a domicile et en institution

Parce que le nombre des personnes en situation de handicap demeure méconnu et imprécis, y compris en Ile-de-France, il est difficile d'en estimer les besoins de façon exhaustive alors que le fait d'être bénéficiaire de l'Allocation d'adulte handicapé (AAH), versée aux personnes de 20 à 60 ans sans ressources ou disposant de ressources modestes et dans l'incapacité totale ou à 80 % de travailler, est un indicateur de niveau de vie.

112 358 Franciliens percevaient cette allocation fin 2009 dont 24.088 à Paris, 18 746 en Seine-Saint-Denis, 14 239 dans les Hauts-de-Seine, 12 850 dans le Val-de-Marne, 11 964 en Seine-et-Marne, 10 420 dans le Val d'Oise et 9 783 en Essonne, soit 45 835 en petite couronne et 42 435 en grande couronne. En dynamique, le nombre d'allocataires continue sa croissance, observée depuis 2002. Entre 2008 et 2009, celle-ci s'élève ainsi à 4,6 %, en raison des nouvelles entrées dans le dispositif et de la faiblesse des sorties.

Par ailleurs, selon l'INSEE, en 2008, 8 % des Franciliens entre 20 et 59 ans sont en situation de handicap ou d'incapacité, identifiée ou reconnue. Leur taux d'inactivité est bien supérieur à celui du reste de la population francilienne : 36 % au lieu de 13 %. Cet écart est sensiblement le même pour l'ensemble de la France métropolitaine. Près de 17 % d'entre eux recherchent un emploi (tout en ayant déjà un emploi ou en étant au chômage) alors que cette part n'est que de 11 % chez les Franciliens ne souffrant ni d'un handicap ni d'une incapacité. Un Francilien sur deux en situation de handicap ou d'incapacité travaille.

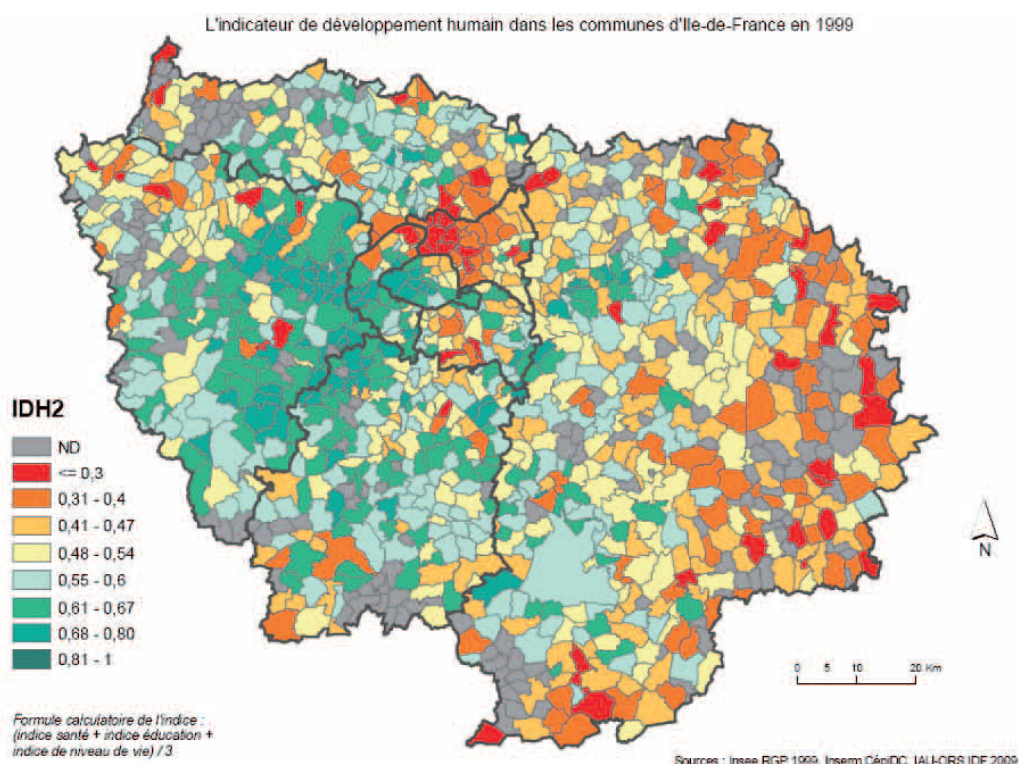
Les associations actives dans le champ du handicap, les intervenants aux Assises sociales d'Ile-de-France 2010 et le Conseil régional consultatif des citoyens handicapés lors du mandat régional précédent ont alerté sur l'importance des besoins à tout niveau, et notamment l'accès à la formation initiale, à la formation continue, au logement ordinaire ou adapté et accompagné, à l'emploi, à des revenus suffisants.

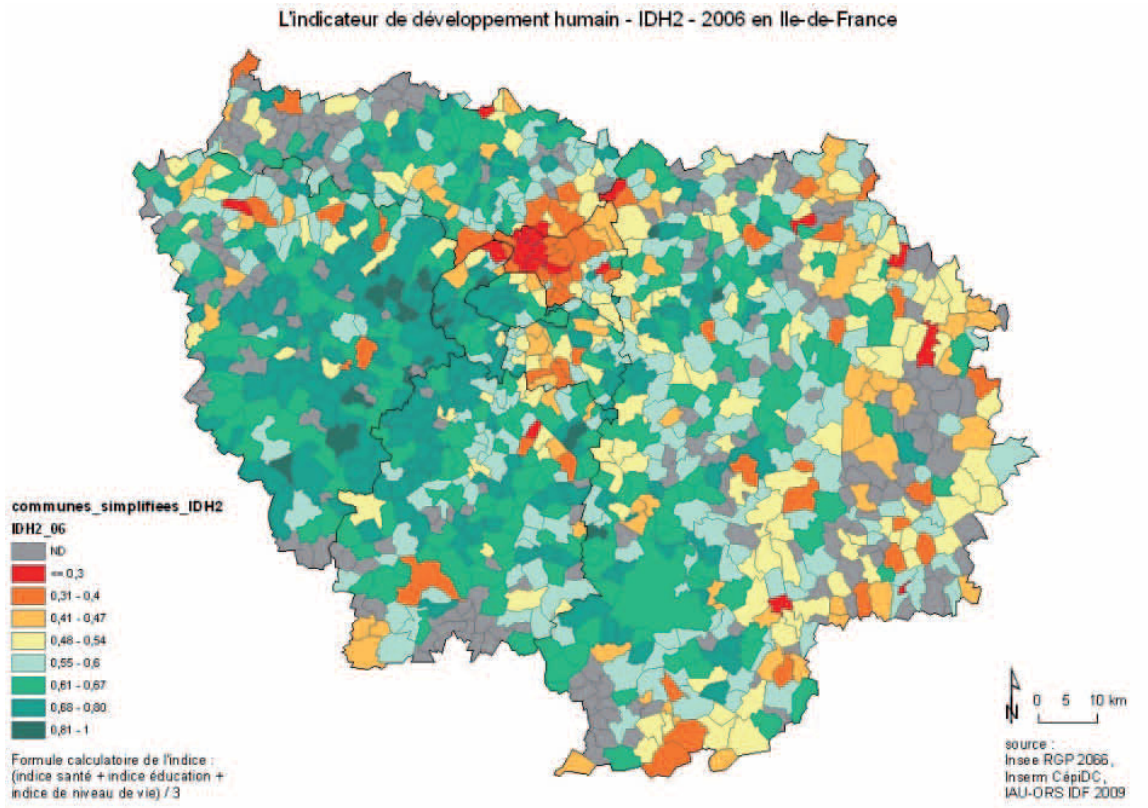
Une étude, réalisée par le Service Médical de l'Assurance maladie en 2004, a montré que la santé bucco-dentaire des jeunes de 6 à 20 ans résidant dans les IME d'Ile-de-France était particulièrement préoccupante : 48,2 % présentaient au moins un problème important ou sévère de santé bucco-dentaire. Environ un de ces enfants ou adolescents sur trois présentait une carie non soignée, 89% des enfants justifiaient de mesures de prévention. Les difficultés rencontrées par les parents pour faire soigner ces enfants étaient 4 fois plus importante que pour un enfant indemne de handicap.

L'hygiène bucco-dentaire est peu intégrée dans les pratiques d'hygiène générale. L'étude montrait que 95 % des établissements n'avaient pas de protocole d'hygiène bucco-dentaire alors que les difficultés d'acquisition des habitudes d'hygiène et les difficultés de réalisation des soins aboutissent à des pertes dentaires précoces.

La cause essentielle est le manque de formation spécifique du personnel de ces structures : dans 8 établissements sur 10, aucune formation sur ce thème n'avait été délivrée durant les trois années précédant l'enquête.

5.5 Personnes en situation de vulnérabilité





Selon les données 2009 des Caisses d'allocations familiales, environ 611 000 allocataires franciliens vivent avec moins de 942 € mensuels par unité de consommation et sont considérés à bas revenus. Parmi eux, un quart sont des familles monoparentales et un autre quart des couples avec enfants. Ce sont ainsi 1.473.000 personnes en dessous du seuil de bas revenus, soit 13 % des Franciliens.

Derrière cette moyenne régionale, les disparités départementales sont très fortes. En Seine-Saint-Denis, 23 % de la population est concernée, soit environ 3 fois plus que dans les Yvelines. Le Val d'Oise et le Val-de-Marne ont, quant à eux, un taux légèrement supérieur à la moyenne francilienne.

La précarité est mondialement reconnue comme un facteur de risque carieux majeur. Les personnes touchées ont des conditions de vie très difficiles dans des habitations plus ou moins insalubres, sans installations sanitaires. L'alimentation n'est pas équilibrée par manque de moyens financiers. La santé bucco-dentaire passe bien après d'autres priorités. Une étude est en cours pour connaître les motifs de renoncements aux soins.



Certains publics concentrent particulièrement un ensemble des difficultés sociales :

- enfants dans certaines zones géographiques (CUCS....)
- adultes selon critères socio-économiques (CMUC, AME.)
- personnes placées sous main de justice,
- populations migrantes.
- En 2008 plus d'un francilien sur 10 vit sous le seuil des bas revenus.
- Un francilien sur 8 habite dans une zone urbaine sensible (ZUS).
- Fin 2009 près de 6 franciliens sur 100 sont bénéficiaires de la Couverture maladie Universelle Complémentaire (CMUC).
- Plus des 3/4 des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat résident en Ile-de-France.

5.6 Personnes atteintes de troubles mentaux

La Prise en charge somatique des malades mentaux est un objectif national, la santé bucco-dentaire doit faire partie du programme.

La file active des sujets concernés est de l'ordre de 300 000 patients.

80% des médicaments prescrits induisent une diminution de la sécrétion salivaire ce qui est un facteur aggravant du risque carieux. La prise en charge de certains patients ne peut être envisagée dans les structures de ville.

5.7 Personnes détenues

Cette population présente des facteurs de risques majorés par rapport à la population générale. Les causes en sont le niveau social et culturel, le défaut d'hygiène, une image négative de la santé, une forte prévalence de pathologies générales et des médicaments scialoprives. La loi du 14 janvier 1994 : « soins aux détenus » fixe le cadre réglementaire de l'organisation des soins. Les obligations qu'elle contient sont respectées dans 80% des établissements en Ile de France (2006), mais se pose le problème du suivi des soins.



6 ENJEUX

6.1 Constat

Le thème bucco-dentaire est souvent dissocié de la santé générale

La pathologie carieuse partage avec certaines maladies chroniques des facteurs de risque, une alimentation sucrée par exemple. Peu d'actions multidisciplinaires, axées sur le contrôle des facteurs de risque communs, sont menées. On peut penser qu'en termes de prévention des actions bucco-dentaires sont plus faciles à intégrer dans certains programmes existants déjà bien implantés plutôt que de les réaliser séparément.

Il est plus facile de parler des problèmes possibles de caries du nourrisson dans les programmes ciblant les femmes enceintes ou les jeunes parents, d'inciter des jeunes à l'hygiène bucco dentaire dans le même temps qu'on leur apprend à se nourrir de manière équilibrée; il faut trouver des convergences d'actions et de messages avec ces programmes pour développer la sensibilisation à l'hygiène bucco dentaire et préparer le terrain à des actions spécifiques ultérieures.

Une vision d'ensemble des actions difficile

En raison du nombre important d'actions et d'acteurs, ce dont on ne peut que se réjouir, il est parfois difficile d'identifier des zones de recouvrement de programmes, de détecter les actions qui pourraient être mutualisées, et bien sûr de repérer les territoires déficitaires car de nombreux dispositifs « doublonnent » sur les mêmes tranches d'âge et ne sont pas coordonnés entre eux. L'absence de partage des données entre les acteurs, d'harmonisation des méthodologies, de cartographies illustrant les territoires couverts, réduit l'efficacité des interventions et ne facilite pas les priorisations territoriales. La progression de la prise de conscience de l'importance de la santé bucco-dentaire en est retardée.

Un manque de visibilité du parcours de santé:

Les interactions entre santé générale et santé bucco-dentaire sont sous estimées, les approches sont trop cloisonnées par domaine d'activité. Les rencontres, formations, conduites de projets associant chirurgiens dentistes, promoteurs, médecins réunis autour d'enjeux partagés sont encore insuffisantes pour optimiser un réel parcours de santé.



Des difficultés d'accès aux soins

Le recours aux soins est encore très insuffisant.

Dans le domaine bucco-dentaire, le reste à charge financier pour les patients est important. Par exemple, hormis les scellements de sillons chez les enfants, dont la prise en charge est très encadrée, aucun acte de prévention bucco-dentaire n'est pris en charge par l'Assurance Maladie.

Cependant, les freins à l'accès aux soins semblent aller au-delà des contingences économiques. Une étude de l'URCAM'IF, réalisée en 2001, sur la santé bucco-dentaire des moins de 20 ans, a révélé que les motifs financiers seuls n'expliquaient pas l'absence de recours aux soins bucco-dentaires. Pour illustration, les mesures de facilitation financière proposées dans le cadre de l'EBD ne sont pas toujours suffisantes pour inciter à la réalisation d'une consultation de prévention bucco-dentaire.

La peur des soins et une perception insuffisante de l'importance de la santé bucco-dentaire semblent être des freins aussi importants.

Par méconnaissance, beaucoup de parents considèrent que les dents de lait n'ont pas à être soignées. Enfin, la difficulté d'accès à une offre de soins adaptée aux jeunes enfants, liée entre autres à une démographie professionnelle en baisse, peut également être un facteur explicatif.

6.2 Les enjeux

- Faire reconnaître l'importance de la santé bucco-dentaire en elle-même, et pour ses répercussions sur l'état général, sociales et psychologiques.
- Faire prendre conscience à tous que les pathologies bucco-dentaires ont atteints, atteignent ou atteindront la quasi-totalité de la population si rien n'est entrepris.
- Garantir l'accessibilité des soins et réduire les disparités territoriales.
- Optimiser les pratiques, c'est-à-dire dispenser l'acte le plus adapté au patient quel qu'il soit :
 - Privilégier la prévention pour éviter les soins curatifs.
 - Privilégier les soins conservateurs pour éviter les extractions et les prothèses,
 - Privilégier les soins d'assainissement pour éviter les foyers infectieux,

- Adapter les soins, qu'ils soient préventifs ou curatifs, avec discernement, en particulier pour les populations à besoins spécifiques que sont les :
 - › petits enfants,
 - › personnes âgées dépendantes,
 - › personnes en situation de handicap,
 - › personnes vulnérables,
 - › personnes présentant des troubles mentaux,
 - › personnes sous écrou de justice.
- Assurer une offre respectant les tarifs opposables ou réglementés

7 DE LA TRANSVERSALITE DU SROS BUCCO-DENTAIRE ET DES PRINCIPES DU PRS

7.1 INTRODUCTION

En l'absence de politique transversale et structurée de la prise en charge globale de la santé bucco-dentaire, les pathologies bucco-dentaires s'accroîtront et les coûts afférents, pris en charge par l'assurance maladie ou par les ménages, augmenteront également.

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

Alors que l'égal accès aux soins pour tous est un autre objectif des ARS, on constate d'importantes disparités locales dans l'offre de soins bucco-dentaires régionale induisant de très grandes inégalités d'accès aux soins.

Par ailleurs, les soins conservateurs et prothétiques nécessaires au traitement de la carie sont à l'origine de dépenses importantes pour la collectivité mais surtout de « restes à charge » souvent insupportables pour les particuliers constituant une des motivations principales de renoncement aux soins. L'ARS devra œuvrer pour pérenniser les structures offrant des soins bucco-dentaires dans le respect des tarifs opposables et/ou réglementés.

7.2 Les moyens

7.2.1 Le SROS bucco-dentaire dans le cadre des principes du PSRS

Pour pallier ces inconvénients, il faut inscrire l'innovation que constitue le SROS bucco-dentaire dans les principes préconisés par le PSRS.

En résumé le PSRS recommande

- d'accroître la prévention pour réduire les soins inutiles :
 - ce qui implique la reconnaissance de la prévention bucco-dentaire,
 - de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé :
 - ce qui signifie favoriser l'offre de soins à tarif opposable,
 - favoriser le maintien ou le développement de l'offre de soins bucco-dentaire quelques soient les territoires concernés (Structures d'exercice collectif ou exercices individuels),
 - de veiller aux risques sanitaires :
 - par des conseils ou recommandations aux professionnels,
 - par des contrôles et /ou des inspections si nécessaire,
 - par la lutte contre l'exercice illégal,
- d'adapter l'offre aux besoins réels :
- en pérennisant les centres de santé dentaires ou polyvalents,
 - en favorisant la mise en place de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) à composante dentaire,
 - en favorisant l'installation des praticiens dans les secteurs sous dotés,



- d'intégrer la prévention, les soins et la prise en charge médico-sociale :
 - en acquérant une vision transversale de la situation,
 - en décloisonnant la prévention bucco-dentaire et les soins curatifs,
 - en intégrant la prise en charge ambulatoire, hospitalière et médico-sociale de la santé bucco-dentaire,
- d'améliorer l'efficacité et la garantie de qualité des soins :
 - en favorisant une formation initiale des praticiens conforme aux données actuelles de la science,
 - en favorisant la formation médicale continue,
- de développer l'observation et l'information en matière de santé :
 - en faisant connaître les lieux où se faire soigner (internet, cartographie, ameli, site de l'ARS-IDF, numéro d'appel téléphonique unique...)
 - en faisant mieux connaître que tous les soins (hors prothèses et Orthopédie Dento-Faciale) sont à tarif opposable,
- de favoriser la créativité des acteurs locaux :
 - en favorisant les initiatives individuelles ou collectives, qu'elles viennent du privé, du monde associatif, ou des collectivités territoriales.

7.2.2 Les objectifs

7.2.2.1 'inscription du SROS bucco-dentaire dans le cadre des principes du PSRS permettra...

- la reconnaissance de l'importance intrinsèque de la santé bucco-dentaire,
- la diminution de l'impact des pathologies buccodentaires :
 - sur l'état général des patients (diabète, cardiopathies, pneumopathies...),
 - sur leurs relations sociales et professionnelles,
 - sur leur état psychologique.

Il devrait en résulter une amélioration notable et quantifiable de l'état de santé bucco-dentaire des franciliens exprimant l'évolution de l'état socio-sanitaire de la population francilienne et par voie de conséquence, de mesurer l'efficacité (ou l'efficacité) de l'ARS IDF.

8 ORIENTATIONS ET RECOMMANDATIONS

8.1 Formation initiale des odontologistes

8.1.1 Proposition des Doyens des 2 Facultés de Chirurgie-Dentaires franciliennes.

Après la présentation du contexte (chapitre 1), il est fait un rappel du modèle universitaire européen (chapitre 2)

« Dans ce contexte, les fonctions éducatives, scientifiques et communautaires d'une faculté odontologique à vocation européenne doivent éduquer, développer la recherche et prendre en charge la santé des patients, des populations spécifiques et des citoyens.... »

2.3. Prendre en charge la santé des patients, des populations et des citoyens.

L'odontologie hospitalière mérite une attention toute particulière. Le rapport de l'Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche (IGAENAR) et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (décembre 2006) pointe le dysfonctionnement du dispositif clinique de l'odontologie française sans pour autant proposer une approche prospective systémique. Les idées qui ont présidé à la réforme médicale hospitalo-universitaire de 1958 qui ont si bien réussi, peuvent s'appliquer à une réforme de l'odontologie hospitalo-universitaire (augmentation du temps plein hospitalier et réduction des temps partiels). La représentation de l'opinion des décideurs et des odontologistes eux-mêmes est fondée sur des prétendues contraintes liées essentiellement à une conception mécaniciste de la formation des futurs odontologistes. Cela est dommageable pour concevoir une pratique médicale centrée sur la santé et le bien-être des patients, sur une approche communautaire de cette pratique et sur une démarche citoyenne qui a été démontré par la réforme médicale.



Sans entrer dans les détails, les compétences transversales des étudiants doivent être acquises dès les premiers semestres des études. Il s'agit de la capacité de travailler en équipe, d'apprendre la recherche pour développer l'esprit critique et une culture scientifique de sa pratique, intégrer des équipes de recherche comme tout acteur de santé, voire comme cela se développe en Europe et d'assurer des tâches sanitaires auprès des services publics de santé ».....

Puis est développé la nécessité d'une accélération du « processus de Bologne » (chapitre 3), du développement de « la recherche et l'innovation » (chapitre 4) et l'orientation «Vers une politique internationale d'échanges ambitieuse » (chapitre 5).

Chapitre 6 - Répondre aux défis de santé publique

Un programme de santé publique visera cinq grands objectifs :

- 1 - *Dépasser les contraintes créées par un programme traditionnel pour que les compétences se développent au plus près de la vie professionnelle ;*
- - *S'engager activement dans des projets de service centrés sur les individus, les populations et la citoyenneté ;*
- - *Être compétent dans la pratique managériale. En effet, la structure des cliniques hospitalières, le nombre de patients rencontrés, les interactions avec la faculté, le personnel auxiliaire et la portée des activités inhérentes à la pratique est comparable à la vraie vie professionnelle, qu'elle soit publique ou privée ;*
- - *Satisfaire les besoins de la population pour améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires et offrir une véritable opportunité pour bénéficier de l'acquisition des attitudes et des valeurs positives de la part des étudiants vis-à-vis des besoins communautaires et de l'accessibilité aux problèmes de santé publique ;*
- 5 - *Travailler dans des environnements de santé publique qui exposent les étudiants à différentes opportunités de carrière professionnelle, qu'elles soient privées ou publiques.*

Chapitre 7 – La formation aux soins : une chronologie pédagogique

La structure du programme se divisera en deux parties distinctes :

- - *les trois premières années dans les murs de la faculté ;*
- - *les deux dernières années dans les murs ou hors les murs une fois les compétences de bases acquises.*

Les trois premières années doivent être variées et donner une éducation professionnelle et scientifique solide.

La formation clinique de ces 3 premières années sera programmée en conformité avec les orientations de l'OMS. Celles-ci prévoient de hiérarchiser le programme en plaçant au début du programme le traitement des maladies dont la fréquence et les conséquences sont des problèmes de santé publique déclarés et le traitement des problèmes de santé urgents et graves.



Au terme des 6 semestres les étudiants seront compétents pour :

- 1 - Prévenir, diagnostiquer et traiter les maladies infectieuses du système dentaire (signalées les plus fréquentes par l'Organisation Mondiale de la Santé - OMS) c'est-à-dire les maladies carieuses, parodontales et de la muqueuse buccale ;
- 2 - Traiter et éduquer les patients souffrant de douleur aiguë et chronique (urgent pour l'OMS) ;
- 3 - Diagnostiquer les lésions précancéreuses et cancéreuses de la cavité orale (fréquentes et graves pour l'OMS) ;
- 4 - Réhabiliter la fonction manducatrice en restaurant des unités dentaires affectées par les séquelles induites par ces maladies.
- Pendant un semestre (le 3^e ou le 4^e), le programme comprendra une session d'initiation à la recherche avec réalisation d'un travail scientifique personnel.

Parallèlement à la culture scientifique, les étudiants auront exercé leurs capacités gestuelles. L'évaluation de leurs apprentissages donnera les éléments qui décideront de leurs aptitudes à résoudre d'autres classes de problèmes en maîtrisant les actes de haute technicité.

Les deux dernières années du master :

Elles peuvent se développer dans la clinique facultaire pour les soins de haute technologie ou hors les murs dans des cliniques satellites (services hospitaliers) à la faculté pour acquérir de nouvelles compétences orientées vers la résolution des problèmes de santé publique émergents comme :

- 1 - Les populations singulières de patients souffrant de pathologie complexe qui nécessitent la proximité avec les autres collègues du même secteur hospitalier ;
- 2 - Les personnes âgées traitées en gériatrie. L'odontologie gériatrique hospitalière ne jouit pas de la même reconnaissance que l'odontologie pédiatrique pour laquelle le degré d'interdisciplinarité et d'interaction avec les autres personnels de santé est nettement supérieur ;
- 3 - Les patients phobiques qui ne pourront jamais être traités en dehors de l'hôpital ;
- 4 - Les troubles de développement cranio-faciaux comme les fentes labio-narinaires ou autres malformations conduisant aux apnées du sommeil et aux douleurs chroniques ;
- 5 - Les patients vivant dans des zones dépourvues de moyens sanitaires ;
- 6 - Les patients souffrant de handicap physique, mental ou social souvent situés dans des institutions qui éprouvent des difficultés pour accéder aux soins.



Pour poursuivre cette voie, il convient d'admettre sans ambiguïté le paradigme suivant :

- *La mission de soin des patients doit être considérée comme distincte et séparée de la mission éducative ;*
- *Une philosophie fondée sur les activités de soins centrés sur les patients doit refléter les perspectives des patients ;*
- *Les étudiants doivent être immergés dans un système de soins réel à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de la faculté où les odontologistes deviennent des acteurs de santé et sont par ailleurs activement responsabilisés dans des traitements holistiques de patients pour lesquels des personnels spécialisés sont nécessaires. »*

L'ARS soutient chacun des points de la proposition.

Elle est déjà réglementairement impliquée en participant à la commission d'agrément des terrains de stage d'internat et en présidant la commission d'affectation des internes.

Elle partage l'identification des problèmes de santé publique propres à l'odontologie, qu'il s'agisse des besoins d'études, et donc de la formation d'odontologistes de santé publique, et des objectifs détaillés dans le chapitre 6.

Ses contacts avec les instances ordinales, les syndicats représentatifs, les centres de santé, les services hospitaliers non universitaires pourront lui permettre de participer à la recherche de lieux de formation innovants.

8.1.2 Fusion des deux facultés de chirurgie dentaire :

Au sein de Sorbonne Paris Cité, deux facultés d'Odontologie coexistent : la faculté d'Odontologie de Montrouge (Université Paris Descartes) et la faculté d'Odontologie de Garancière (Université Paris Diderot).

L'éclatement géographique des missions d'enseignement, de recherche et de soins complique la vie universitaire et freine l'atteinte des objectifs de performance et d'excellence. En fusionnant les deux facultés, il s'agit de doter Paris de la plus prestigieuse faculté d'odontologie d'Europe.



Cette nouvelle faculté, au rayonnement international, s'appuiera sur :

- un projet pédagogique fort s'inscrivant dans le processus de Bologne visant à favoriser la convergence et l'harmonisation des divers programmes européens d'études et permettant aux étudiants de réaliser une partie de leurs études à l'étranger ;
- d'ambitieux programmes de recherche interdisciplinaires, au carrefour de l'odontologie, de la physique, de la biologie et du numérique;
- une volonté affirmée d'améliorer l'offre de soins sur la région Ile de France, en formant des étudiants autonomes et opérationnels beaucoup plus rapidement grâce à une formation clinique précoce ;
- un programme immobilier resserré permettant de concevoir l'enseignement, la recherche et les soins comme un même ensemble.

Ce projet de fusion est emblématique car il marque la volonté des établissements du Pôle de Recherche et d'Enseignement Supérieur (PRES) Sorbonne Paris Cité de travailler ensemble et de façon transversale.

L'ARS participe à la réflexion, suivra et soutiendra le projet jusqu'à sa réalisation.

En synergie avec l'actuel projet de restructuration des facultés de chirurgie-dentaires parisiennes et de réorganisation de l'enseignement clinique, une réflexion entre l'ARS, l'AP-HP et l'université est en cours.

Elle porte sur l'avenir de l'odontologie, l'évolution des modalités d'enseignement et les conséquences sur les pratiques.

- Dans le cadre de la formation initiale, la concertation instaurée permettra à la faculté de cibler la nécessaire formation spécifique des étudiants en chirurgien dentaire et des étudiants en médecine, futurs pédiatres, des gériatres, des psychiatres et des médecins pour la prise en charge des personnes en situation de handicap.
- Dans le cadre de la formation continue, la faculté doit mettre en place des actions de sensibilisation des différents médecins spécialistes à la prise en charge de la santé bucco-dentaire dans le projet médical de ces patients.

8.2 PREVENTION

INTRODUCTION

Les motifs de recours au chirurgien-dentiste sont principalement symptomatiques. Ce constat pose la question de la compréhension et de l'intégration des messages de prévention. L'intérêt d'un suivi régulier n'est que peu intégré dans les habitudes de soins.

8.2.1 Orientations et recommandations en prévention

8.2.1.1 Étendre la prévention en direction des populations vulnérables

Certaines populations présentent des facteurs de fragilité particuliers. Il s'agit :

- des femmes enceintes et des jeunes enfants
- des personnes handicapées à domicile ou en établissement
- des personnes âgées en situation de dépendance à domicile ou en établissement
- des personnes en situation de précarité sociale.

Il convient de mobiliser des moyens spécifiques à destination de ces populations.

Les orientations suivantes sont souhaitables :

- Améliorer la prise en compte de la santé bucco-dentaire des très jeunes enfants.
- Soutenir et intensifier le plan de prévention mis en place par le réseau RHAPSOD'IF (santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap).
- Construire avec les facultés et les acteurs de la santé bucco-dentaire une « maquette » de formation des personnels des établissements (soignants et autres) pour harmoniser les pratiques et aboutir à une modélisation des actions dans les EHPAD.
- Réaliser une base de données des opérateurs et des actions sur la région pour des réorientations de programmes vers des publics insuffisamment couverts jusqu'alors.

8.2.1.2 Prioriser l'approche territoriale et la coordination des acteurs

L'état bucco-dentaire est un marqueur fort et reconnu des inégalités sociales et territoriales de santé dont la réduction passe par la mobilisation de tous les acteurs.

(Par exemple l'éducation nationale, le service de PMI, le service jeunesse, le secteur de la petite enfance, les centres de loisirs, les centres sociaux...)

Les orientations suivantes sont souhaitables :

- Aider les Ateliers Santé Villes (ASV) à inclure la santé bucco-dentaire dans leurs projets de santé et leur proposer d'intervenir dans la coordination des différents programmes locaux et dans la recherche de leviers d'actions notamment pour atteindre les familles.
- Développer des dynamiques territoriales, en particulier dans le cadre des Contrats Locaux de Santé (CLS).

8.2.1.3 Avoir une approche sociale et culturelle adaptée aux publics visés

Les interventions qui visent la seule information ou l'éducation des individus, sont certainement susceptibles d'améliorer les connaissances mais n'ont qu'un impact limité dans le temps.

L'état de santé de l'individu dépend non seulement de ses caractéristiques et de ses comportements individuels, mais aussi de ses milieux de vie et de son contexte socioculturel.

Les orientations suivantes sont souhaitables :

- prendre en compte autant que possible les différences culturelles, le cadre de vie et la collectivité dans laquelle vit l'individu. Dans ce cadre, l'intervention d'interprètes et de médiateurs socioculturels, l'utilisation de supports de communication adaptés aux besoins des publics, et si possible construits avec lui sont à développer.
- impliquer dans la construction du projet, dans toute la mesure du possible, les communautés aussi bien dans la phase de diagnostic initiale que dans la définition des objectifs.
- aller à la rencontre du public ciblé en développant les actions au plus près des lieux de vie, en s'appuyant sur les associations locales, sur les adultes-relais et sur les pairs.

8.2.1.4 S'inscrire dans une logique de parcours de santé autour de la personne

Certains programmes bucco-dentaires sont fondés exclusivement sur une stratégie de dépistage bucco-dentaire. Cependant, le taux de recours aux soins après dépistage est souvent faible, pour de multiples raisons sur lesquelles il est difficile d'agir.

Il est vain de mettre en place un dépistage bucco-dentaire, quel que soit le lieu ou la cible, si la prise en charge des soins, éventuellement nécessaires, n'a pas été prévue et si l'aide et l'accompagnement des sujets n'ont pas été organisés au préalable.

La logique Parcours de santé permet d'avoir une vision globale qui part des besoins de la personne pour définir une offre de prise en charge adaptée. Cette approche doit permettre de supprimer le cloisonnement entre prévention-promotion de la santé et offre de soins, même si chacun des professionnels de ces secteurs aura ensuite à intervenir en fonction de la spécificité de son champ de compétence.

Les orientations suivantes sont souhaitables :

- Concourir à une meilleure orientation vers les soins post-dépistages par l'accompagnement des familles, en lien avec les acteurs de l'offre de soins de proximité, pour encourager la réalisation des soins nécessaires (soins précoces y compris sur les dents temporaires et traitement d'orthodontie). Des actions d'information du public, ciblées sur ses droits et sur l'offre de soins existante et des mesures de facilitation financière sont à renforcer.
- Intégrer dans les programmes de dépistage bucco-dentaire des actions d'information et de sensibilisation des chirurgiens-dentistes de proximité.
- S'appuyer sur des partenaires tels que les médiateurs santé, les personnels de la réussite éducative, les intervenants sociaux et les infirmières scolaires

8.2.1.5 Diversifier les lieux et les modes d'intervention

La répétition des messages relatifs à la santé dentaire dans des lieux et des circonstances variés (exposition, festivités locales, consultation...) crée les conditions favorables à une évolution des comportements.

L'objectif est de développer une culture commune de promotion de la santé bucco-dentaire et d'éveiller l'intérêt de la population sur les enjeux de la santé bucco-dentaire.



Les orientations suivantes sont souhaitables :

- Cibler différents lieux de vie et d'accueil (maisons des parents, associations, centres de loisirs, centres d'accueil, épiceries sociales...)
- Diversifier les modes d'intervention (expositions, débats-forum, séances de brossage, distribution de brosses à dents, stands de prévention bucco-dentaire au sein des fêtes de quartier..) et les outils de communication.

8.2.1.6 Intégrer la santé bucco-dentaire dans une approche globale de la santé

Un certain nombre de patients consultent leur médecin régulièrement alors qu'ils ne voient un chirurgien-dentiste, qu'en situation d'urgence.

La santé dentaire ne dépend pas d'une seule profession de santé mais nécessite une approche intégrée. Elle ne doit pas être considérée comme distincte de la santé générale.

Les orientations suivantes sont souhaitables :

- Intégrer dans les pratiques des professionnels de santé (médecins généralistes, gériatres, sages-femmes, pédiatres, infirmières puéricultrices, pharmaciens, médecins du travail, santé préventive universitaire ...) une approche de la santé dentaire pour qu'ils conseillent et orientent leurs patients en cas de besoin. Dans ce cadre, le renforcement des connaissances de ces professionnels dans le domaine bucco-dentaire est indispensable.
- Intégrer un volet bucco-dentaire à des programmes portant sur la santé des femmes enceintes et jeunes enfants (sensibilisation pour la santé de la maman et du futur enfant), la prévention de la dénutrition, et la lutte contre le surpoids et l'obésité (lien avec le PNNS).
- Intégrer un volet bucco-dentaire dans le cadre des points santé jeunes, des forums santé et des bilans de santé.

8.2.1.7 Développer le rôle des chirurgiens dentistes dans la promotion de la santé dentaire

La profession dentaire, en particulier avec l'UFSBD, s'est investie au travers d'actions de dépistage dans les écoles et les EHPAD. La réalisation du programme M'Tdents est de la responsabilité des chirurgiens-dentistes libéraux depuis la convention régissant les rapports entre les Caisses Nationales d'Assurance Maladie et les chirurgiens-dentistes de 2006. Mais au-delà de la santé bucco-dentaire leurs interventions en matière de prévention sont limitées, (diététique, alcool, tabac, piercing.....)

Les orientations suivantes sont souhaitables :

- Renforcer et valoriser le rôle des chirurgiens dentistes dans le dépistage précoce des cancers, l'éducation à la santé bucco-dentaire au fauteuil (notamment dans le cadre de M'Tdents) et la participation aux programmes de lutte contre les addictions.
- Soutenir la délégation de tâche vers les assistantes dentaires pour les actions de prévention : apprentissage du brossage et message de prévention (fluor et alimentation).
- Renforcer la participation des chirurgiens dentistes à des programmes d'éducation thérapeutique, notamment en direction des personnes diabétiques, afin de développer l'approche par facteurs de risque communs.

8.2.1.8 Assurer la qualité des actions par la labellisation :

Les actions de promotion de la santé souffrent encore souvent d'être perçues comme des actions peu normées, conçues dans une logique de moyens plus que d'objectifs. L'enjeu de la labellisation est d'aider les acteurs à promouvoir la qualité et l'efficacité de leurs actions en les incitant à s'appuyer sur des référentiels, des standards de qualité à faire partager pour qu'ils deviennent une base de référence incontournable pour les promoteurs dans le montage de leurs actions.

Dans ce cadre, Il est souhaitable d'enrichir le cahier des charges des labels ARCADE existants et son système de labellisation pour optimiser la prise en compte des déterminants de la santé (environnement social, matériel...) et développer la démarche d'évaluation en lien avec le service évaluation. Il faudra inscrire le label dans le nouveau paysage régional de la santé en prenant en compte la mise en place des contrats locaux de santé et les ASV dont le propos est de définir des politiques globales en Prévention-Promotion de la Santé (PPS).

8.3 Soins de premier recours

Les soins dentaires sont des soins de premier recours.

Pour la population générale, ils peuvent être dispensés tant par les praticiens libéraux que dans les centres de santé ou dans les consultations externes des services d'odontostomatologie hospitaliers.

8.3.1 Praticiens libéraux

8.3.1.1 Inégalité territoriale d'accès aux soins

L'évolution de la démographie professionnelle est contrastée entre les différents départements franciliens. La situation de la Seine-Saint-Denis est tout particulièrement préoccupante.

La recommandation 51 du rapport 2010 sur la Sécurité Sociale- Chapitre 13 - Soins Dentaires - de la Cour des Comptes indique « *Prévenir les difficultés aujourd'hui prévisibles de répartition de l'offre en s'inspirant des dispositifs mis en place pour d'autres professions de santé* ».

Proposition

Des mesures sont proposées pour répondre aux difficultés de l'évolution démographique des médecins libéraux. En concertation avec les représentants des chirurgiens-dentistes libéraux (URPS, CRO) il doit être défini celles applicables à l'odontologie :

- Nouveaux modes de rémunération
- Exercice en groupe
- Maisons médicales
- Maisons de santé polyvalentes.....
- Pour les étudiants en odontologie : contrats d'exercice, stages de santé publique, territoires de stage d'internat.....

8.3.1.2 Inégalités financières d'accès aux soins

L'activité des chirurgiens-dentistes se décompose, d'une part en soins conservateurs et chirurgicaux remboursés à 70 % d'un tarif opposable, d'autre part en soins prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale à honoraires libres, les praticiens ayant alors la possibilité de pratiquer des dépassements, non remboursables, par rapport aux tarifs de responsabilité, sous réserve de remettre un devis au patient et de faire preuve de tact et mesure dans la fixation des honoraires. Enfin, ils peuvent accomplir des actes non remboursables, essentiellement des actes hors nomenclature, dont certains deviennent de plus en plus courants.



Le rapport 2010 sur la Sécurité Sociale- Chapitre 13 - Soins Dentaires - de la Cour des Comptes considère que :

« La politique tarifaire [est] inefficace et obsolète :

...Comme pour les soins médicaux, la négociation tarifaire est de la compétence de l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) (même si la responsabilité des tutelles est également évidente). Dans le domaine des soins dentaires, elle repose sur une connaissance imparfaite des données économiques fondamentales et sur une nomenclature devenue obsolète. Elle n'utilise pas de manière adéquate le levier d'action que constitue la prise en charge des cotisations d'assurance maladie des professionnels. En outre, la convention ne prévoit pas de contrepartie significative aux avantages consentis à la profession. En particulier, les prix des prothèses sont trop peu encadrés.....

....L'ampleur de ces dépassements explique par ailleurs que les problèmes dentaires représentent à eux seuls, selon les études disponibles, plus de la moitié de tous les cas de renoncements à des soins pour des raisons financières. L'évolution de ce secteur, atypique au sein des dépenses de santé, constitue donc un enjeu majeur de l'accès aux soins en France ».

Les acteurs de la démocratie sanitaire, tout particulièrement les représentants des usagers, ne manquent pas de rappeler ces difficultés d'accès aux soins.

Il n'entre pas dans les missions de l'ARS de participer aux négociations conventionnelles entre les Caisses Nationales d'Assurance Maladie et les professionnels de santé. Cependant, pleinement consciente de ce problème majeur, elle ne manquera pas de soutenir toutes démarches auprès des décideurs.

8.3.2 Assistants dentaires

Cour des comptes : Sécurité sociale 2010

« En l'absence en France de la profession d'« hygiéniste » qui existe dans de nombreux Etats étrangers, les assistant(e)s dentaires pourraient voir leur champ d'activités élargi, d'une part, à certains soins parmi les plus simples comme les détartrages, afin que les praticiens puissent se consacrer aux traitements les plus lourds, d'autre part, à des tâches de suivi buccodentaire, en particulier dans des institutions : écoles, institutions accueillant des personnes handicapées, maisons de retraite, établissements pénitentiaires... Les chirurgiens-dentistes interviendraient dans un second temps, si les cas détectés le nécessitaient.



La qualité et la sécurité des soins reposent aussi sur les conditions d'emploi et de formation des assistants(es) dentaires. Deux chirurgiens-dentistes sur trois emploient un(e) assistant(e) qualifié(e) et seulement un sur trois à temps plein -ce qui place la France parmi les Etats où cette profession est la moins développée. Cette situation apparaît peu satisfaisante au regard des obligations matérielles et sanitaires qui pèsent sur les cabinets dentaires, en particulier quant au respect de la chaîne de stérilisation. En effet, la plupart des actes de chirurgie dentaire sont invasifs et les instruments, réutilisables, sont souvent difficiles à nettoyer en raison de leur architecture complexe. Il en découle un certain risque de transmission infectieuse.

Plusieurs études ont été diligentées sur ce sujet, notamment une enquête nationale réalisée par IPSOS en 2007. Concordant avec des études régionales, elle montre que les pratiques des chirurgiens-dentistes en matière d'hygiène et de stérilisation, si elles se sont améliorées ces dernières années, présentent encore des points faibles.

Le recours relativement limité aux assistant(e)s dentaires peut tenir aux conditions économiques de fonctionnement des cabinets, mais aussi au manque d'attractivité de cette profession. La réforme de leur formation (fondée actuellement sur un certificat de formation professionnelle) pourrait consacrer un relèvement de son niveau et contribuer à remédier en partie aux difficultés actuelles de recrutement ».

Le métier d'assistant dentaire n'est pas inscrit dans le code de Santé Publique. Il n'est donc pas possible aux différents établissements publics dispensant des soins dentaires ou des formations d'avoir recours à ces personnels spécialisés. La demande, tant des enseignants que des praticiens hospitaliers, quel que soit leur lieu d'exercice, est très forte pour une reconnaissance de ce métier et un encadrement de la formation correspondante. Une tentative législative a avorté en 2011.

Propositions :

Renouveler, en concertation avec les facultés et les conseils ordinaires, la démarche d'inscription du métier d'assistant dentaire au Code de Santé publique.

8.3.3 Centres de santé (CDS)

L'Offre de soins dentaires des CDS n'est pas négligeable, surtout l'importance de la prise en charge sociale des populations défavorisées est indiscutable.

Proposition :

Participer à la pérennisation des CDS existants et apporter le soutien nécessaire à la création de nouvelles structures.



La réflexion en cours sur la création de CDS à l'intérieur ou en relation avec l'hôpital doit intégrer l'odontologie.

8.3.4 Services hospitaliers hors AP-HP

Les services hospitaliers doivent assurer la prise en charge des soins bucco-dentaires des patients hospitalisés et participer à l'offre de premier recours par les consultations externes.

Propositions :

Pour permettre la réalisation de ces deux missions il faut promouvoir une filière de soins odontologiques, adaptée à l'hôpital :

- 1° - permettant l'activité des pôles odontologiques d'excellence, identifiés et reconnus, pour traiter les patients hospitalisés ou suivis pour des pathologies ayant des incidences directes sur la santé bucco-dentaire ou dont les traitements exigent des protocoles particuliers pour les soins bucco-dentaires (c/f migac odontologiques)
- 2° - permettant la réalisation d'actes conservateurs et de réhabilitation prothétique dans le cadre des soins de premier recours.

Il faudrait envisager la création de postes d'odontologistes hospitaliers plein temps non universitaires et d'assistants dentaires pour renforcer les équipes et optimiser les installations existantes.

8.3.5 Formation et Services odontologiques hospitalo-universitaires

Une réflexion entre l'ARS, l'AP-HP et l'université est en cours. Elle portera sur l'avenir de l'odontologie, les conséquences sur la formation initiale, l'organisation de l'enseignement. Cette réflexion doit être menée en synergie avec l'actuel projet de restructuration des facultés de chirurgie-dentaires parisiennes et de réorganisation de l'enseignement clinique.



Propositions :

L'internat qualifiant

L'ODF (orthopédie dento-faciale) était la seule spécialité odontologique reconnue. Son enseignement, payant et à temps partiel, était dispensé, dans le cadre du CECSMO (Certificat d'Etudes Cliniques Spéciales Mention Orthodontie), à des praticiens diplômés. Le CECSMO n'a été supprimé qu'après la mise en place de l'internat qualifiant et l'inscription d'une dernière promotion. De ce fait, et pour 3 ans, la même spécialité peut être obtenue par deux voies différentes, avec deux diplômes différents.

Par ailleurs il existe une très grande difficulté à recruter des enseignants. L'attractivité financière de l'exercice libéral, dans cette spécialité, est sans commune mesure avec le revenu offert aux enseignants temps plein.

Une réflexion doit être menée très rapidement pour normaliser cet enseignement.

La spécialité de Chirurgie Orale est ouverte aux odontologistes et aux médecins. La première promotion en 2011 était de 7 internes pour l'Ile de France (3 médecins et 4 odontologistes) celle de 2012 est réduite à 5 (3 médecins et seulement 2 odontologistes pour laisser la place aux ODF). Ce faible nombre deviendra assez vite insuffisant pour répondre aux besoins compte tenu de l'évolution démographique des chirurgiens-dentistes omni-praticiens qui assurent une part non négligeable des actes de « petite chirurgie » mais aussi des stomatologistes (en voie d'extinction). Une réflexion devrait avoir lieu à ce sujet.

La spécialité de Médecine Buccale est une réelle avancée dans la formation des odontologistes. Elle correspond à la prise en charge des cas « lourds », tant du point de vue des soins odontologiques à dispenser que, surtout, des patients à traiter, par exemple le très jeune enfant, les personnes âgées en particulier dépendantes et les personnes en situation de handicap.

La première promotion en 2011 était de 4 internes pour l'Ile de France, celle de 2012 est réduite à 2.

Ce nombre, 1 interne par faculté pour 2012, fait que les régions Ouest, Sud et Nord-est disposeront de 3 internes, les régions Sud-ouest, Rhône-Alpes-Auvergne et Ile de France de 2 internes, la région Nord-Ouest d'un seul.



Il est évident que ces effectifs n'ont pas été définis en fonction des populations ni surtout des besoins sanitaires. **Une révision doit être faite très rapidement sur la base d'indicateurs objectifs (âges des populations, % des populations à besoins spécifiques par exemple).**

Efficienne

Seul Albert Chenevier est à l'équilibre financier, Louis Mourier, Pitié-Salpêtrière et Charles Foix sont moyennement déficitaires, Rothschild et Bretonneau présentent un déficit inquiétant mais, pour Rothschild, son ouverture, après transfert du service historique de Garancière, est récente et son activité peut être améliorée. Il sera nécessaire de travailler sur les organisations permettant le redressement financier des services les moins performants. Cette démarche implique la création de postes d'odontologistes hospitaliers plein temps non universitaires et d'assistants dentaires.

MIGAC

Un groupe de réflexion doit être mis en place pour étudier soit la pérennité des 5 populations cibles des MIGAC, soit leur évolution.

8.3.6 Permanence des soins ambulatoire : PDSA

Propositions :

Une réflexion doit être engagée avec l'ensemble des professionnels, quel que soit leur mode d'exercice, pour améliorer la situation actuelle. La mise en place de services d'urgences odontologiques accueillis dans des établissements hospitaliers permettrait d'assurer la sécurité des praticiens.

Parallèlement, un diagnostic sur l'offre actuelle de PDSA dentaire sera effectué permettant une mesure de l'adéquation de cette offre aux besoins des Franciliens. Ce diagnostic sera complété par une étude de faisabilité visant à mettre en place un numéro d'appel unique, C15 (comme celui mis en place dans le Finistère) : communication d'un arbre décisionnel permettant au service d'appel d'orienter les demandeurs de prise en charge odontologique.

8.3.7 Permanence des soins en établissement de santé : PDSES

La nuit il n'existe aucune autre structure d'urgence dentaire que la grande garde du GHPS dans toute l'île de France.



Il n'existe, à ce jour, aucune structure d'urgence dentaire spécifique pour les enfants et jeunes de moins de 16 ans. Le SAU du GHPS prend en charge ces jeunes patients le soir et les week-ends, bien que ce soit un site hospitalier adulte avec des moyens non adaptés et des risques importants de perte de chance (éloignement géographique, délai trop long).

Proposition :

Elargir à la prise en charge des urgences odontologiques les services d'accueil des urgences médicales existants.

La réflexion est en cours pour permettre d'identifier les besoins et les lieux d'implantation.

Par ailleurs la prise en charge, au niveau régional, des urgences odontologiques pédiatriques doit être une action prioritaire.

Cette démarche implique la création de postes d'odontologistes hospitaliers.

8.4 Prise en charge des populations à besoins spécifiques

8.4.1 Odontologie Pédiatrique

8.4.1.1 Prévention

8.4.1.1.1 Intervenir le plus tôt possible

La santé bucco-dentaire des moins de 6 ans est peu investie car le programme M'TDents commence à six ans et la consultation d'un chirurgien dentiste avant 6 ans est rare. Pourtant, des mesures simples d'hygiène quotidienne dès le plus jeune âge (brossage, dentifrice fluoré, alimentation équilibrée) réduisent de façon significative l'incidence carieuse.

Il est légitime de commencer les actions de prévention dès la petite enfance, moment où se jouent l'apprentissage des comportements d'hygiène et d'habitude de consulter le chirurgien dentiste. Pendant cette période, les parents sont réceptifs car ils sont demandeurs de conseils relatifs à la santé de leurs enfants.



Selon la HAS, l'information et l'éducation des parents pour la santé dentaire de leur enfant, doivent être intégrées à l'occasion de visites de prévention des jeunes enfants. Des moments clés (grossesse, allaitement, diversification alimentaire, examens de 9^{ème} et 24^{ème} mois, éruptions des dents de 6 ans et de 12 ans...) ont été identifiés pour transmettre ou renouveler des messages de prévention.

Entre 6 mois et 1 an (éruption des premières dents) et entre 1 an et 2 ans (passage de l'alimentation semi-liquide à une alimentation solide, souvent la même que celle du reste de la famille), un bilan des facteurs de risque carieux de l'enfant doit être réalisé par un professionnel de santé (pédiatre, médecin généraliste, chirurgien-dentiste, centre de PMI, etc.), et la supplémentation orale en fluor chez les enfants à risque carieux élevé doit être discutée conformément aux recommandations de l'ANSM.

À 3 ans, une séance de prévention bucco-dentaire est recommandée. Elle doit être l'occasion de réévaluer le risque carieux de l'enfant, de réaliser un bilan des apports fluorés et d'interroger la famille proche sur son état de santé général dont bucco-dentaire. Elle peut être réalisée par un chirurgien-dentiste, un médecin généraliste, un pédiatre, un médecin scolaire ou une infirmière scolaire. Elle doit être une incitation, pour les parents, à faire réaliser un examen de prévention bucco-dentaire régulier par un chirurgien-dentiste.

Les professionnels de santé des PMI ont un rôle important à jouer dans la prévention bucco-dentaire car ils sont souvent les premiers à rencontrer les enfants, avant qu'ils ne soient vus par le chirurgien-dentiste dans le cadre des soins en cabinet dentaire.

8.4.1.1.2 Aider les professionnels de la santé à intégrer, dans leur pratique, la santé bucco-dentaire des très jeunes enfants.

De multiples opportunités existent pour délivrer des messages de prévention. En effet, les parents sont en contact avec de nombreux professionnels de santé dans le cadre des examens médicaux obligatoires ou de l'accueil de leur jeune enfant.

Les chirurgiens-dentistes interviennent très peu dans les structures de la petite enfance et de santé (PMI, crèches, maternité, IME, Camps...) et force est de constater que les équipes de ces structures ne sont pas toujours formées à la santé bucco-dentaire et aux moyens de la préserver pour prodiguer des conseils adaptés, ou détecter les besoins de soins.

Dans ce cadre, deux orientations semblent possibles pour faire progresser la prévention de la carie précoce de l'enfant :

- Faciliter l'intervention de chirurgiens dentistes dans les structures en relation avec les jeunes enfants et leurs parents (PMI, Crèches,,,))
- Former et sensibiliser les professionnels en contact avec les futurs parents et les parents de jeunes enfants (médecins, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, sages-femmes, médecins de PMI, pharmaciens..). Il est nécessaire, entre autres, d'améliorer la formation et la sensibilisation des généralistes et des pédiatres à la surveillance de l'état bucco-dentaire de leurs jeunes patients et au respect, par les familles, des recommandations prévues dans le carnet de santé.

8.4.1.1.3 Impliquer l'entourage de l'enfant pour pérenniser et améliorer l'effet des actions d'éducation à la santé

Les actions d'éducation à la santé doivent intégrer des actions envers et avec la famille.

En effet, le rôle des parents et de l'entourage de l'enfant est fondamental dans l'acquisition d'habitudes favorables à la santé bucco-dentaire dès le plus jeune âge. Les enfants font l'objet d'un concours d'influences complémentaires dans lequel les parents jouent un rôle prédominant, en tant que modèle familial (transmission de valeurs) mais aussi par leur capacité à influencer les comportements de leurs enfants.

En outre, les parents ont un rôle actif à jouer dans la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire de leurs jeunes enfants dans la mesure où ils doivent brosser les dents de ceux-ci jusqu'à l'âge de 3 ans et superviser le brossage jusqu'à l'âge de 6 ans. (HAS-2010).

Même si l'ancrage prioritaire des actions en direction des jeunes reste le milieu scolaire (car il permet de toucher tous les enfants quel que soit le milieu social), il est nécessaire de cibler d'autres lieux de vie.

Les centres de PMI et les crèches sont des lieux privilégiés pour intégrer la prévention bucco-dentaire aux actions sanitaires et sociales. Les personnels, une fois formés pourront relayer les messages de prévention auprès des familles.

Les centres de PMI sont des lieux de santé identifiés où les échanges parents-enfants-professionnels sont particulièrement favorisés ; les mamans étant très sensibilisées au suivi de leurs enfants, au travers des examens médicaux obligatoires du nourrisson.

Les personnels socio-éducatifs des centres aérés, les assistantes maternelles, éducateurs de jeunes enfants, personnel des haltes garderies, accueils temporaires doivent être concernés par des actions de sensibilisation.



Au sein des écoles, la sensibilisation devra s'adresser à l'ensemble du personnel : équipes pédagogiques, administratives, Agents Territoriaux Spécialisés des Ecoles Maternelles (ATSEM), service social, santé scolaire.

L'idéal est que l'action soit inscrite dans le projet de l'établissement.

8.4.1.2 Soins

Les soins de premier recours peuvent, théoriquement, être dispensés tant par les praticiens libéraux que dans les centres de santé ou dans les consultations externes des services d'odontostomatologie hospitaliers. La réalité est différente, rares sont les praticiens libéraux acceptant de soigner de très jeunes enfants.

Propositions

- - Dans ce contexte, pour les soins curatifs, il serait souhaitable de mettre en place des services de référence, où des praticiens spécialisés bénéficieraient de toutes les possibilités de sédation.
- - L'université doit prendre en charge la formation des chirurgiens-dentistes et des pédiatres.

8.4.2 Personnes atteintes de maladies chroniques

Cette population est en augmentation constante : allongement de l'espérance de vie, vieillissement, amélioration des prises en charges tant médicales que sociales.

Propositions :

Campagnes d'information et sensibilisation des patients, par l'intermédiaire des associations et des réseaux, tant des risques bucco-dentaires liés à leur pathologie que des conséquences d'un mauvais état bucco-dentaire sur leur état.

Mise en place de centres odontologiques de référence. (Voir service odontologiques hospitaliers)

8.4.3 Personnes âgées

Les besoins des personnes âgées sont importants. Elles n'ont pas bénéficié des progrès sanitaires continus. Une étude de l'Assurance Maladie en Bretagne a notamment révélé que 21 % des résidents d'EHPAD n'y mangeaient qu'une nourriture mixée.



La proportion de personnes édentées de plus de 65 ans atteint, dans notre pays, un niveau élevé (plus de 35 %), seuls la Pologne, l'Irlande, la Belgique, la Finlande et le Portugal faisant moins bien (Manual of dental practice 2007- cité par la Cour des Comptes dans son rapport 2010 sur la sécurité Sociale).

8.4.3.1 Prévention

Propositions :

8.4.3.1.1 Effectuer un bilan bucco-dentaire chez les personnes âgées non dépendantes mais susceptibles de le devenir à court terme.

Il faudrait rechercher les lieux et le moment, dans le parcours de santé de la personne, où la question de la santé bucco dentaire peut être abordée.

Des pistes sont à explorer dans ce domaine, par exemple les consultations mémoire.

Au moment de la retraite, des ateliers sont mis en place pour promouvoir la nutrition et l'hygiène de vie dans lesquels le thème de la santé bucco-dentaire pourrait trouver sa place vraisemblablement.

8.4.3.1.2 Former le personnel en charge des personnes âgées dépendantes

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

Or l'hygiène bucco-dentaire est peu intégrée dans la pratique des soignants comme dans leur formation.

C'est pourquoi toutes les équipes doivent être formées à l'hygiène bucco-dentaire, personnels soignants mais aussi non soignants, avec des approches différenciées selon leur rôle.

8.4.3.1.3 - Inscrire l'hygiène bucco-dentaire dans les projets d'établissement

Dans les établissements, pour que la prévention soit effective, il est nécessaire d'intégrer l'hygiène bucco-dentaire dans les pratiques quotidiennes. Pour cela il est recommandé de l'inscrire dans le projet de l'établissement et surtout de développer les protocoles d'hygiène et de suivi personnalisés.



Il y a un travail de sensibilisation des directions à réaliser, en s'appuyant sur les relations étroites entre la santé générale et la santé bucco-dentaire, pour donner toute sa place à la prise en charge bucco-dentaire dans les soins infirmiers.

Il faut obtenir que l'hygiène bucco-dentaire quotidienne devienne un acte de routine comme s'est intégrée et développée la procédure de lavage des mains.

Par ailleurs, il serait souhaitable de favoriser l'appui à la mise en place d'un bilan bucco-dentaire à l'entrée de l'établissement.

Une des clés de réussite est d'avoir un « référent hygiène bucco-dentaire » dans l'établissement, formé spécifiquement à cette démarche, situé à proximité des soignants et aides-soignants pour leur apporter un appui, faciliter l'adoption des bonnes pratiques et prendre en compte les conditions d'acceptation par les patients selon leurs besoins individuels et leur difficultés.

Ce référent est le garant de la mise en place des protocoles d'hygiène, de prévention et d'accompagnement aux soins et de leur transmission aux nouveaux arrivants. Enfin, il serait souhaitable que chaque établissement puisse disposer d'un « Contact Privilégié » avec un chirurgien-dentiste correspondant comme cela existe déjà dans quelques cas.

8.4.3.2 Prise en charge des soins dans les EHPAD

La réalisation d'un bilan bucco-dentaire à l'entrée de l'établissement est à privilégier pour pouvoir établir des projets de suivi personnalisés : hygiène, prévention, orientation vers les soins.

Il est nécessaire de mettre en place un dispositif gradué et hiérarchisé animé par une « Coordination gérodonologique ».

- 1° niveau :

Dans les EHPAD disposant d'un cabinet dentaire, un examen peut être réalisé pour les résidents de l'établissement et pour les résidents des établissements associés par conventions et adhérents à la coordination.

Une équipe mobile itinérante, constituée d'un praticien sénior, accompagné éventuellement d'un étudiant, et d'un adjoint administratif, peut se rendre dans les EHPAD pour des examens cliniques, mais il ne réalisera qu'exceptionnellement des soins d'urgence.



- 2° niveau :

Centre d'expertise : ambulatoire, de proximité ;

Les soins peuvent être dispensés par des praticiens libéraux dans leurs cabinets ou dans les EHPAD disposant d'un cabinet dentaire, dans des CDS ou des services hospitaliers de 1° recours. La prise en charge complète des besoins des patients doit être assurée.

- 3° niveau :

Centre d'excellence : hospitalier

Pour tous les traitements complexes et/ou pour les patients dont l'état de santé justifie d'une prise en charge médicale spécialisée. Ces centres doivent offrir toutes les possibilités de sédation mais aussi assurer la totalité des soins conservateurs, chirurgicaux et de réhabilitation prothétique.

Cette organisation nécessite la participation d'une Coordination de gérodentologie, pour la formation des aidants et la mise en place de programmes de prévention, mais aussi pour l'organisation des soins par les professionnels libéraux, les CDS, les services hospitaliers adhérents.

Un travail est en cours pour l'élaboration du cahier des charges.

Ces Coordinations doivent être « agréées » par l'ARS. Elles sont les garantes du respect du « juste soin ».

L'université doit prendre en charge la formation des chirurgiens-dentistes et des gériatres.

8.4.4 Personnes en situation de handicap

La situation est très différente selon les handicaps : pour les déficiences physiques et sensorielles la difficulté essentielle est l'accessibilité des locaux. En revanche, pour les déficiences intellectuelles notre société peine encore à intégrer totalement cette population ce qui entraîne un défaut de prise en charge par les professionnels de santé ne faisant pas partie de la filière spécialisée.

Contrairement aux personnes âgées dépendantes, les personnes en situation de handicap sont relativement peu nombreuses dans des structures d'hébergement, mais le réseau associatif d'aide et de soutien est dense.

8.4.4.1 Prévention

Propositions

La prévention est impérative. La formation des aidants, tant professionnels que familiaux, à l'hygiène bucco-dentaire quotidienne et les programmes de prévention peuvent être réalisés par les réseaux. Il doit être mis en place des campagnes d'information et de sensibilisation auprès des associations. Dans ce but il faut promouvoir l'action du réseau RHAPSOD'IF.

Il faut structurer, dans les établissements hébergeant des personnes en situation de handicap, la prise en compte de l'hygiène bucco-dentaire par des actions de sensibilisation, d'information et de formation à l'intention des professionnels de santé.

Dans les établissements de type IME (institut médico éducatif), IMPRO (institut médico-professionnel), l'hygiène bucco-dentaire est peu intégrée dans la pratique des soignants comme dans leur formation. Or, une majorité des patients fréquentant des établissements pour enfants ou adultes handicapés n'a pas ou plus l'autonomie nécessaire pour assurer seuls le maintien d'une bonne hygiène, aussi bien dentaire que prothétique, et nécessite une aide pour assurer ces gestes quotidiens. La formation active des personnels (infirmiers, aides-soignants), est souhaitable (HAS-2010).

L'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes accueillies dans les structures médico-sociales (enfants, adolescents et adultes handicapés) passe aussi par la formation de « référents bucco-dentaires » en mesure de favoriser et soutenir à long terme dans l'établissement les pratiques et comportements favorables à la santé bucco-dentaire.

Enfin, il serait souhaitable que chaque établissement puisse disposer d'un « Contact Privilegié » avec un chirurgien-dentiste correspondant.

8.4.4.2 Prise en charge des soins :

Il est nécessaire de mettre en place un dispositif gradué et hiérarchisé coordonné par un réseau.

- 1° niveau :

Le bilan, l'orientation des patients, la coordination des soins doivent être réalisés par une équipe mobile itinérante, constituée d'un praticien sénior, accompagné éventuellement d'un étudiant, et d'un adjoint administratif, se rendant dans les IME, IMPRO... pour des examens cliniques, mais ne réalisant pas de soins.



- 2° niveau :

Centre d'expertise : ambulatoire, de proximité :

Les soins peuvent être dispensés par des praticiens libéraux, dans des CDS ou des services hospitaliers de 1° recours. Ils doivent assurer la prise en charge complète des besoins des patients.

- - 3° niveau :

Centre d'excellence : hospitalier

Pour tous les traitements complexes et/ou pour les patients dont l'état de santé justifie d'une prise en charge médicale spécialisée. Ces centres doivent offrir toutes les possibilités de sédation mais aussi assurer la totalité des soins conservateurs, chirurgicaux et de réhabilitation prothétique.

Cette organisation nécessite la participation des Réseaux comme RHAPSOD'iF, pour la formation des aidants et la mise en place de programmes de prévention, mais aussi pour la coordination des soins auprès des professionnels libéraux, des CDS, des services hospitaliers adhérents au réseau. Ces réseaux doivent être « agréés » par l'ARS. Ils sont les garants du respect du « juste soin ».

L'université doit prendre en charge la formation des chirurgiens-dentistes et des médecins concernés par la santé des personnes en situation de handicap.

8.4.5 Personnes vulnérables

Propositions :

Il doit être créé des PASS odontologiques complétant des PASS médicales existantes (critères de choix territoriaux à définir) prenant aussi en charge les soins d'odontologie pédiatrique.

La coordination, le suivi et l'évaluation des PASS doivent être confiés à un comité régional à mettre en place.

Il est exceptionnel que les patients des PASS bucco-dentaires puissent réintégrer le droit commun dès lors qu'ils bénéficient d'une couverture sociale.

Si des soins, en particulier prothétiques, sont encore nécessaires ces patients ne pourront pas assumer le reste à charge financier des actes dispensés par les praticiens libéraux dont les honoraires sont libres.



Par ailleurs, dans l'organisation actuelle, les délais de prise en charge dans les CDS peuvent être décourageants pour les patients et créer un obstacle à la réalisation des soins.

Dans ce contexte la réflexion en cours sur l'implantation de CDS dans l'hôpital ou en relation avec l'hôpital doit intégrer la prise en charge de l'odontologie. A défaut il faut que les PASS bucco-dentaires soient dotés de financements spécifiques supplémentaires.

Le modèle d'actions du « Bus social dentaire » doit être reproduit. Il pourrait y être adjoint une consultation sociale sur le principe des PASS.

L'université doit prendre en charge la formation des chirurgiens-dentistes et des médecins concernés par la santé des personnes en situation de précarité.

8.4.6 Santé Mentale

La Prise en charge somatique des malades mentaux est un objectif national, la santé bucco-dentaire doit faire partie du programme.

Proposition :

L'importance de la prévention est évidente. Elle doit se traduire par une sensibilisation et la formation de tous les acteurs de la chaîne de prise en charge.

Pour les soins curatifs, il doit être mis en place un dispositif gradué, hiérarchisé avec un 1° recours local, un centre d'expertise départemental et un service d'excellence et de recherche régional qui pourrait être situé à l'hôpital Sainte Anne.

L'université doit prendre en charge la formation des chirurgiens-dentistes et des psychiatres.

8.4.7 Personnes détenues

Le plan d'actions stratégique 2010-2014 sur la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice prévoit, parmi les actions visant à améliorer la santé bucco-dentaire des personnes détenues, la mise en place d'un examen bucco-dentaire systématique à l'entrée de l'établissement. (Action 7-1)

Une note d'instruction nationale aux ARS du 29 août 2011, comporte des précisions sur les modalités de réalisation et le contenu de cet examen bucco-dentaire.



Propositions :

Ce sont les demandes exprimées par les chirurgiens-dentistes actuellement en activité dans les centres de détention. Ils souhaitent la reconnaissance de l'exercice professionnel en milieu carcéral, un statut de praticien hospitalier pérenne, le recrutement d'assistants dentaires, et un accès généralisé aux soins prothétiques.

Une des difficultés cruciales est le suivi médical de ces personnes à leur sortie de prison. La prise en charge de la santé bucco-dentaire doit être intégrée dans la réflexion en cours sur la prise en charge de la santé des personnes détenues.

9 LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA

9.1 Plan d'actions en 2012

Réalisation des recommandations :

- 1° pour les personnes âgées dépendantes

Il est nécessaire de mettre en œuvre une concertation avec les différents partenaires pour définir les modalités de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes. Ensuite il sera possible de déterminer des territoires d'expérimentation. Enfin, en concertation avec les responsables des Coordinations de gérodonologie, il faudra réaliser un cahier des charges et définir les indicateurs de suivi et d'évaluation pour les protocoles de prise en charge curative en vue d'un agrément ARS.

- 2° Personnes en situation de vulnérabilité

Dans un premier temps, mettre en place une PASS bucco-dentaire au sein du groupe hospitalier universitaire Paris-Nord-Val de Seine (Site Louis Mourier)

La proposition faite par la direction de l'Hôpital Louis Mourier correspond aux principes et aux orientations du PSRS. Il est par ailleurs strictement conforme aux attentes pour répondre aux besoins de soins bucco-dentaires de la population cible. Pour finaliser cette action il ne reste que l'étude de la faisabilité financière.



- 3 : Concertation en cours avec les chefs des services odontologiques et les doyens des deux facultés (actuelles de chirurgie dentaire).

Des premiers contacts, il ressort l'expression d'un réel besoin de praticiens, cliniciens expérimentés non universitaires, afin de répondre aux critères d'excellence nécessaires pour la prise en charge des patients les plus « lourds » adressés par l'ensemble des opérateurs de premier recours.

Ces praticiens permettraient d'assurer la qualité des soins et la sécurité des patients sans immobiliser les enseignants, au détriment de la formation initiale des étudiants. Ils seraient source d'une meilleure efficacité des services.

- 4 : Participation d'un expert odontologique en cours aux réflexions sur la PDSA et la PDSES

Il faudra mettre en place, le plus rapidement possible, un service d'accueil des urgences odontologiques pédiatriques.

9.2 Suivi et évaluation

Personnes âgées dépendantes :

Le cahier des charges, en cours d'élaboration, comportera des indicateurs de suivi et d'évaluation.

Un comité de pilotage devra être constitué par l'ARS.

C'est après analyse des résultats que l'extension territoriale de ces expérimentations pourra être envisagée.

Personnes en situation de vulnérabilité :

La multiplication des PASS exige la mise en place d'un comité de coordination, de suivi et d'évaluation.

Il pourrait être constitué :

- d'un chef de service odontologique hospitalo-universitaire,
- d'un responsable de PASS odontologique,
- d'un représentant des travailleurs sociaux intervenant dans ces structures,
- d'un responsable d'une PASS médicale,
- d'un directeur hospitalier,
- d'un représentant de l'assurance maladie,
- d'un représentant des assurances complémentaires,

Sous la responsabilité d'un représentant de l'ARS.



Sa première tâche sera de définir des indicateurs de suivi et d'évaluation. Il sera intéressant aussi, dans un but prospectif, d'étudier les motifs de renoncements aux soins.

Services odontologiques hospitalo-universitaires :

L'analyse des résultats chiffrés et la comparaison des activités entre l'année N0 et l'année N+1 permettra d'apprécier la justesse de la décision d'intégration de praticiens hospitaliers, non universitaires, plein temps, déjà préconisée par Gérard DECOUR dans son rapport de 2009, et sa pérennisation.

10 ARTICULATION AVEC LES AUTRES SCHEMAS

	SRP	SROS AMBULATOIRE			SROS ETABLIS. DE SANTE			SROS MEDICO-SOCIAL		
SANTE BUCCO DENTAIRE		PROF. LIBERAUX	C.D.S.	PDSA	C.H.	HOSPITALO.U	PDSES	PERS. AGEES	HANDICAP	PRECARITE
PREVENTION	SENSIBILISATION	SENSIBILISATION	ADHESION PROGRAMMES PREVENT.		SENSIBILISATION	CONCEPTION PROGRAM. PREVENTION		SENSIBILISATION	SENSIBILISATION	INTEGRER VOLET B.D. DANS LES PROGRAMMES DE SANTE CIBLE
	FORMATION	FORMATION			FORMATION PROFES. HYGIENE PREVENTION PATIENTS HOSP.	FORMATION STAGES SANTE PUBLIQUE		FORMATION PROFES. HYGIENE PREVENTION	FORMATION PROFES. HYGIENE PREVENTION	
								1° BILAN COORDINATION	1° BILAN COORDINATION	
OFFRE DE SOINS		LUTTE CONTRE DESERTIFICATION	PERENNISATION	URGENCES PEDIATRIQUES	ELARGISSEMENT DE L'ACTIVITE A L'ENSEMBLE DES ACTES DE SOINS B. D.	CENTRES D'EXCELLENCE		2° CENTRES DE REFERENCE	2° CENTRES DE REFERENCE	PASS
		LUTTE CONTRE INEGALITES D'ACCES AUX SOINS	PROMOTION NOUVEAUX C.D.S.	N° UNIQUE CENTRE 15	CENTRES DE REFERENCE			3° CENTRES D'EXCELLENCE	3° CENTRES D'EXCELLENCE	
PRAPS		TARIFS OPPOSABLES	PROMOTION NOUVEAUX C.D.S.		CENTRES DE REFERENCE	CENTRES D'EXCELLENCE				PASS

35 rue de la gare - 75935 Paris cedex 19

Tél : 01.44.02.00.00

www.ars.iledefrance.sante.fr

