



Promouvoir la santé bucco-dentaire

Enquête :

L'initiation sexuelle des jeunes,
un parcours différencié filles/garçons

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

LA **Santé**
de l'homme

est éditée par :

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

RÉDACTION

Rédacteur en chef :

Yves Géry

Secrétaire de rédaction :

Marie-Frédérique Cormand

Assistante de rédaction :

Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**

<direc@inpes.sante.fr>

La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux et Nathalie Houzelle**

<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>

Débats : **Éric Le Grand**

<ericgrand35@orange.fr>

Aide à l'action : **Florence Rostan** <florence.rostan@inpes.sante.fr>

Études/Enquêtes : **François Beck**

<francois.beck@inpes.sante.fr>

International : **Jennifer Davies**

<jennifer.davies@inpes.sante.fr>

Éducation du patient : **Isabelle Vincent**

<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>

Cinésanté : **Michel Condé**

<michelconde@grignoux.be>

et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>

Lectures – Outils : Centre de documentation

<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :

Élodie Aina (Inpes), **Jean-Christophe Azorin** (Épidaure, CRLC, Centre de ressources prévention santé), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard** (Inpes), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Philippe Guilbert** (Inpes), **Zoé Héritage** (Réseau français des villes-santé de l'OMS), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux-2), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (Inpes), **Colette Menard** (Inpes), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Jean-Marc Piton** (Inpes), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION

Réalisation : **Éditions de l'Analogie**

Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)

N° ISSN : 0151 1998

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2012

Tirage : 6 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

52 pages d'analyses et de témoignages

La Santé de l'homme intégralement accessible sur Internet

Retrouvez *La Santé de l'homme* sur Internet

Depuis janvier 2010, tous les numéros publiés sont intégralement accessibles sur le site internet de l'Inpes : www.inpes.sante.fr

Vous y trouverez également :

- La revue : présentation et contacts
- Les sommaires des numéros parus et index depuis 1999
- Les articles en ligne : depuis 2003, 3 à 10 articles par numéro
- Et prochainement, l'intégralité des articles publiés depuis 2000.



À noter : si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, utilisez le moteur de recherche du site de l'Inpes qui permet de trouver instantanément tous les articles de *La Santé de l'homme* ainsi que d'autres documents de l'Inpes traitant cette thématique.

Dossier

Promouvoir la santé bucco-dentaire

Introduction

Stéphane Tessier, Fabien Cohen,
Sylvie Azogui-Lévy 4

Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire ? Repères épidémiologiques et économiques

Sylvie Azogui-Lévy, Thierry Rochereau 5

Quelle relation entre santé bucco-dentaire et santé générale ?

Jean-Noël Vergnes, Cathy Nabet 7

Principes généraux de prévention en santé bucco-dentaire

Évelyne Baillon-Javon, Fabien Cohen
Carol Heiwy 9

UFSBD : développer la prévention bucco-dentaire sur tous les terrains

Sophie Dartevielle, Patricia Vernay,
Jacques Wemaere 13

« Santé bucco-dentaire : une politique d'ensemble reste à construire »

Entretien avec Paul Karsenty 15

Prévention bucco-dentaire en crèche et en centre de PMI : des actions pour les tout-petits

Colette Adam, Carole Adriaen,
Pascale Moulin-Birraux,
Cécile Bavay-Simon 16

Promotion de la santé orale : quelles interventions efficaces en milieu scolaire ?

Stéphanie Tubert-Jeannin 18

Vingt ans d'action globale de santé scolaire dans le Val-de-Marne

Marie Benguigui, Érick Girault,
Marion Morel 20

La santé bucco-dentaire des enfants en nette amélioration

Ariane Éid 21

Promouvoir la santé bucco-dentaire des enfants en Seine-Saint-Denis

Paul Bissila, Michèle Vincenti,
Rafik Allal, Bassam Abo Amer,
Christophe Debeugny 22

À Strasbourg, les soins dentaires se font aussi à l'école !

Dominique Pflieger 24

Grenoble : un programme bucco-dentaire renforcé dans les quartiers défavorisés

Simone Boussuges, Christiane Brun 26

Département du Gard : information et examen dentaire dans les classes de CP

Marie-Hélène Ricard 28

Estime de soi et santé bucco-dentaire

Huguette Boissonnat-Pelsy,
Isabelle Tiebot 29

Santé et précarité : les permanences d'accès aux soins de santé bucco-dentaire

Frédéric Rilliard, Lisa Friedlander,
Julien Descorps-Declere, Nadhia Khelifa,
Franck Moyal, Shéhérazade Saadi,
Florence Schvallinger,
Christelle Naud-Llamas 31

La santé bucco-dentaire de la personne âgée

Marysette Folliguet, Florence Schvallinger,
Nadia Elamrani 34

Appolline, réseau de santé bucco-dentaire de proximité dans l'Essonne

Marysette Folliguet 36

Promotion de la santé bucco-dentaire en Ehpad – Assurance maladie de Paris

Marysette Folliguet 36

Handicap et santé bucco-dentaire : un exemple de programme de prévention-intervention

Éric-Nicolas Bory 37

Inter-relations entre activité physique sportive et santé bucco-dentaire

Philippe Poisson 39

Les drogues licites ou illicites, ennemis de la santé bucco-dentaire

Fabien Cohen 41

Éducation thérapeutique en santé bucco-dentaire

Stéphane Tessier, Sylvie Azogui-Lévy 42

Pour en savoir plus

Sandra Kerzanet 44

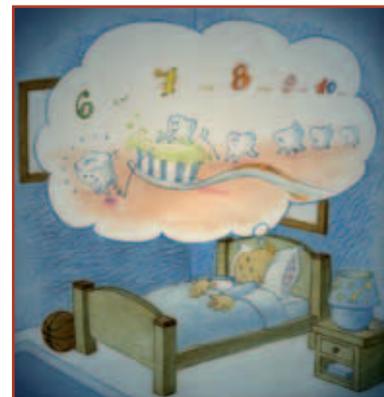
ENQUÊTE

L'initiation sexuelle des jeunes : un parcours relationnel sexuellement différencié

Florence Maillolchon 46

LECTURES

Olivier Delmer, Sandra Kerzanet 49



Illustrations : Jean-Julien Roches

Promouvoir la santé bucco-dentaire



Illustrations : Jean-Julien Roches

D'une manière générale, le thème de la santé bucco-dentaire est assez peu traité sous l'angle de la prévention et de la promotion de la santé, tant dans la presse grand public que professionnelle.

Cette absence peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- l'idée reçue que la prévention dentaire est le domaine réservé des chirurgiens-dentistes ;
- une prise en charge des dépenses de santé bucco-dentaire plus faible que pour les autres soins de santé en général, et « inversée », c'est-à-dire que les soins les plus complexes sont les moins bien remboursés ;
- une certaine distance des professionnels de santé à l'égard de tout ce qui gravite autour de la bouche ;
- la méconnaissance de l'impact des pathologies bucco-dentaires sur l'état de santé général ;
- l'absence d'intégration de la santé bucco-dentaire dans le concept de santé globale.

Pourtant, la prévention et la promotion de la santé bucco-dentaire rentrent entièrement dans le champ de l'éducation pour la santé, en premier lieu parce qu'elles sont d'une efficacité relativement rapide et évaluable.

Si la santé bucco-dentaire relève de la responsabilité individuelle, elle inclut des dimensions socio-culturelles très fortes, convoque l'estime de soi, mobilise les habiletés et les compétences, interagit avec l'ensemble de la santé globale de la personne. Elle devrait donc être au cœur de toute démarche éducative en santé. Par ailleurs, elle appa-

rait comme un marqueur socio-économique, un domaine malheureusement symbole du renoncement aux soins, voire du refus de soins.

Bien entendu, intervenir en santé bucco-dentaire n'est pas nouveau en soi. Les dispositifs et les professionnels du secteur, dont les libéraux, se sont mobilisés avec beaucoup de succès depuis de nombreuses années. Des programmes de prévention bucco-dentaire collectifs, évalués, existent maintenant depuis plus de vingt ans. Néanmoins, certaines situations impliquent des dimensions dentaires inattendues ou qui se trouvent reléguées au second plan du fait de la gravité de la pathologie initiale, alors même que leur prise en compte permettrait d'améliorer la situation de santé ou de prévenir une dégradation. L'objectif du dossier est multiple :

- rendre à la santé bucco-dentaire sa place légitime dans les actions d'éducation pour la santé, particulièrement là où on ne l'attend pas (personnes âgées, handicap, toxicomanie, éducation thérapeutique du patient, pathologies chroniques, etc.) ;
- brosser un tableau de qui fait quoi en la matière et qui peut être mobilisé dans une perspective de santé globale ;
- fournir des éléments de légitimation scientifique de l'intervention en prévention bucco-dentaire et montrer sa relative simplicité comme son efficacité ;
- enfin, inciter les éducateurs non spécialistes à associer systématiquement cette thématique à leurs interventions. Souligner aussi certains besoins en formation, particulièrement initiale.

Ainsi, si le professionnel lecteur, en refermant le dossier, pense par exemple à la santé bucco-dentaire de ses interlocuteurs pendant une action d'éducation pour la santé, s'il pose la question du brossage des dents lors d'une action sur la nutrition ou d'une séance d'éducation thérapeutique de son patient, ce dossier aura alors modestement contribué à faire progresser les connaissances et influencer sur les pratiques.

Stéphane Tessier, Fabien Cohen, Sylvie Azogui-Lévy

Dossier coordonné par **Stéphane Tessier**, médecin de santé publique, membre du comité de rédaction de *La Santé de l'homme*, **Fabien Cohen**, chirurgien-dentiste au centre municipal de santé d'Ivry, secrétaire général de la société française des Acteurs de la santé publique bucco-dentaire (ASPBD) et chef du service de santé publique dentaire du conseil général du Val-de-Marne, et **Sylvie Azogui-Lévy**, chirurgien-dentiste, maître de conférences des universités, praticien hospitalier, Université Paris 7 Denis-Diderot, service d'odontologie du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris.

Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire ? Repères épidémiologiques et économiques

Les données épidémiologiques montrent une amélioration significative de la santé bucco-dentaire des enfants. Ainsi, en vingt-cinq ans, la proportion d'enfants de 12 ans indemnes de carie est passée de 12 % à 56 %. Mais ces progrès considérables ne doivent pas masquer les difficultés d'accès aux soins qui continuent de pénaliser les populations les plus fragilisées. Les inégalités observées en santé bucco-dentaire sont fortes et corrélées avec les inégalités sociales.

Force est de constater que l'importance accordée à la santé bucco-dentaire par la population et les pouvoirs publics a souvent été reléguée au second plan. Pourtant, les pathologies bucco-dentaires sont des problèmes de santé publique qui touchent toutes les couches de la population à des degrés divers. Les problèmes de santé bucco-dentaire constituent un bon exemple d'approche multidisciplinaire d'une pathologie chronique ayant des effets sur la santé, mais aussi des conséquences sociales et psychologiques.

Les principales pathologies bucco-dentaires sont la carie et la maladie parodontale (qui touche le tissu de soutien de la dent : os alvéolaire et gencive)¹. Définies comme des maladies multifactorielles, elles sont liées à la présence de plaque dentaire, véritable biofilm bactérien. Elles résultent de la colonisation et de la multiplication bactérienne. Elles restent actuellement une cause de morbidité très liée aux difficultés d'accès aux soins et aux problèmes socio-économiques.

La carie dentaire résulte d'un processus pathologique initialement réversible, dans la mesure où l'atteinte dentaire débute par une déminéralisation qui peut disparaître par un apport optimal de fluor topique, chronique et qui comprend plusieurs stades d'évolution jusqu'à l'atteinte irréversible de la dent.

Moins de carie mais un recours insuffisant aux soins

À l'âge de 12 ans, l'indice carieux (nombre moyen de dents atteintes par la carie)² qui s'élevait à 4,20 en 1987 est



tombé à 1,23 en 2006. La proportion d'enfants de 12 ans totalement indemnes de carie, qui était de 12 % en 1987, atteint désormais 56 %. À l'âge de 6 ans, l'indice carieux baisse dans la même proportion et le taux d'enfants totalement indemnes de carie est de 63,4 %. Néanmoins, le besoin de soins reste important et le recours aux soins insuffisant : 30 % des enfants de 6 ans et 22 % des enfants de 12 ans présentent au moins une dent cariée non traitée. Ainsi, si l'amélioration observée traduit une moindre survenue des lésions, en revanche, parmi les enfants non indemnes, le recours aux soins est très insuffisant.

On observe que cette amélioration résulte, pour l'essentiel, de facteurs extérieurs au système de soins, agissant avant la survenue de la carie : la diffusion des dentifrices fluorés principalement et du sel alimentaire, systématique à partir du milieu des années 1980, et la diffusion croissante dans la population des habitudes d'hygiène bucco-dentaire.

Concernant les adultes, les données épidémiologiques, en France, montrent que la moitié d'entre eux, à partir de 35 ans, présente un problème parodontal (une gingivite), avec des formes sévères (une parodontite) dans 10 % des cas (1). Faute de recueil systéma-

tique des données épidémiologiques, la dernière enquête nationale, réalisée en 1993, indique notamment que 16 % des personnes âgées de plus de 65 ans présentent une édentation totale. Les données plus récentes sont déclaratives, ces résultats sont présentés ci-après.

D'autres problèmes sont à considérer : les malocclusions (elles concernent les problèmes de position ou de place des dents), les cancers buccaux et les conséquences des traumatismes dentaires (chocs).

Inégalités de santé bucco-dentaire corrélées avec les inégalités sociales

Les renoncements aux soins pour les jeunes sont deux fois plus importants dans les classes sociales défavorisées (2). Ce sont dans les catégories les plus fragilisées que l'on retrouve un état de santé dentaire déficient et des personnes qui ont le plus de dents absentes. Ces différences sociales peuvent s'expliquer par des différences d'exposition aux facteurs de risque (notamment hygiène dentaire inadéquate, alimentation trop riche en hydrates de carbone, etc.) mais aussi par des disparités d'accès aux soins. Selon l'enquête ESPS (3), plus de la moitié des renoncements aux soins (essentiellement faute d'argent et de temps) concernent les soins bucco-dentaires. En même temps, le renoncement aux soins dentaires augmente considérablement le risque d'un mauvais état dentaire (4). Le recours aux soins, mesuré par la « consommation » de soins dentaires, fait aussi apparaître des inégalités significatives : ce recours est fortement lié au niveau de revenu et à la possibilité de couverture par l'assurance maladie complémentaire, le taux de renoncement à des soins bucco-dentaires étant significativement plus élevé parmi les ménages disposant de faibles revenus ou d'une faible couverture complémentaire.

Caractéristiques des soins dentaires

Les fortes inégalités observées en matière de soins sont à considérer en France, dans un contexte de faible prise en charge par l'Assurance maladie des traitements coûteux avec dépassement : prothèse, orthopédie dento-faciale, port d'appareils ou de bagues, problèmes de position dentaire dans la

bouche, traitement des maladies parodontales.

La prise en charge des actes prothétiques et des traitements d'orthopédie dento-faciale est très partielle (30 à 50 %). La part non remboursée par la Sécurité sociale augmente à la fois avec le développement de techniques nouvelles, non répertoriées par la nomenclature des actes, et avec l'âge des patients et l'augmentation des besoins prothétiques. Cela a pour effet d'exclure davantage le secteur dentaire de la protection sociale.

Financement des soins dentaires

Les dépenses dentaires représentent 2,5 % des dépenses en ambulatoire de l'Assurance maladie et 30 à 50 % des dépenses maladie des assureurs complémentaires. Les remboursements par l'Assurance maladie représentent 33 % des dépenses engagées.

Les tarifs des soins (traitement de caries, détartrage et extractions) sont opposables (pas de dépassement possible), alors que ceux des traitements prothétiques sont autorisés aux dépassements. Les tarifs des soins conservateurs n'étant donc pas rémunérés correctement (en fonction du temps passé et du plateau technique), les chirurgiens-dentistes « compensent » par des tarifs plus élevés pour les prothèses. Cela a un effet pervers dans la mesure où les personnes ayant des besoins prothétiques supportent davantage ces transferts de charge. Les dépassements d'honoraires représentent en moyenne 47 % ; ils peuvent atteindre 62 % des tarifs dans des grandes villes comme Paris.

Si 86 % des Français possèdent une couverture maladie complémentaire, la qualité des contrats s'agissant des soins dentaires est inégale. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) couvre 9 % de la population. Et 3 à 5 % de la population ne possèdent pas de complémentaire (dans la mesure où elle n'est pas affiliée par un emploi). Les bénéficiaires de la CMU ont un panier de soins dentaires réduit, regroupant les principaux traitements prothétiques. Le bénéfice de la CMU n'est pas aussi important pour les soins dentaires que pour les soins médicaux (14 % renoncent encore à des soins dentaires pour raisons financières).

L'offre de soins en France

La densité de chirurgiens-dentistes est de 68/100 000 habitants. La France a une position moyenne par rapport aux autres pays européens (104/100 000 en Suède, 73/100 000 en Allemagne, 49/100 000 en Suisse). Il existe une grande disparité démographique et géographique : la région Provence-Alpes-Côte d'Azur a une densité de 93/100 000, la Normandie 43/100 000 et l'Île-de-France (85/100 000).

Sylvie Azogui-Lévy

Chirurgien-dentiste, maître de conférences des universités, Paris 7 Denis-Diderot,

Thierry Rochereau

Maître de recherche, Irdes, Paris.

1. Au niveau du sillon gingivo-dentaire et de la gencive, l'atteinte de l'espace biologique parodontal peut aboutir à différentes formes cliniques, allant de la gingivite, forme la plus fréquente, aux parodontites plus complexes pouvant entraîner la mobilité puis la perte des dents.

2. Les professionnels se réfèrent à différents indicateurs de santé bucco-dentaire pour mettre en évidence le degré d'atteinte d'une population. Outre l'indice carieux (ou indice CAO représentant le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées), on distingue les indicateurs :

– du recours aux soins : O : nombre moyen de dents soignées ;

– de la maladie parodontale : indicateurs cliniques permettant d'estimer la perte osseuse, la mobilité des dents, l'inflammation de la gencive ;

– des malocclusions : indicateurs permettant d'estimer le besoin de traitement par des mesures sur le manque d'espace nécessaire pour l'évolution harmonieuse des dents.

► Références bibliographiques

- (1) Bourgeois D., Bouchard P., Mattout C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003. *Journal of Periodontal Research*, 2007, vol. 42, n° 3 : p. 219-227.
- (2) Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Île-de-France. *La Santé bucco-dentaire des jeunes Franciliens de moins de 20 ans* – Arcade. Paris : Urcamif, rapport 2000.
- (3) Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. *Enquête sur la santé et la protection sociale 2008*. Paris : Irdes, rapport n° 1800, juin 2010 : 254 p. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
- (4) Azogui-Lévy S., Rochereau T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. *Questions d'économie de la santé*, 2005, n° 94 : 8 p. En ligne : <http://irdes.fr/Publications/Qes/Qes94.pdf>

Quelle relation entre **santé bucco-dentaire** et **santé générale** ?

La cavité buccale joue un rôle essentiel dans la mastication, la digestion, la respiration, la phonation, l'expression faciale et la réception sensorielle (1). Elle constitue à la fois un miroir de la santé générale et une des premières étapes de défense de l'organisme vis-à-vis des agressions extérieures (comme certaines bactéries par exemple). Certaines maladies générales favorisent l'apparition, la progression ou la gravité de maladies bucco-dentaires. Inversement, certaines maladies bucco-dentaires peuvent avoir des conséquences à distance et favoriser l'apparition, la progression ou la gravité de certaines maladies générales.

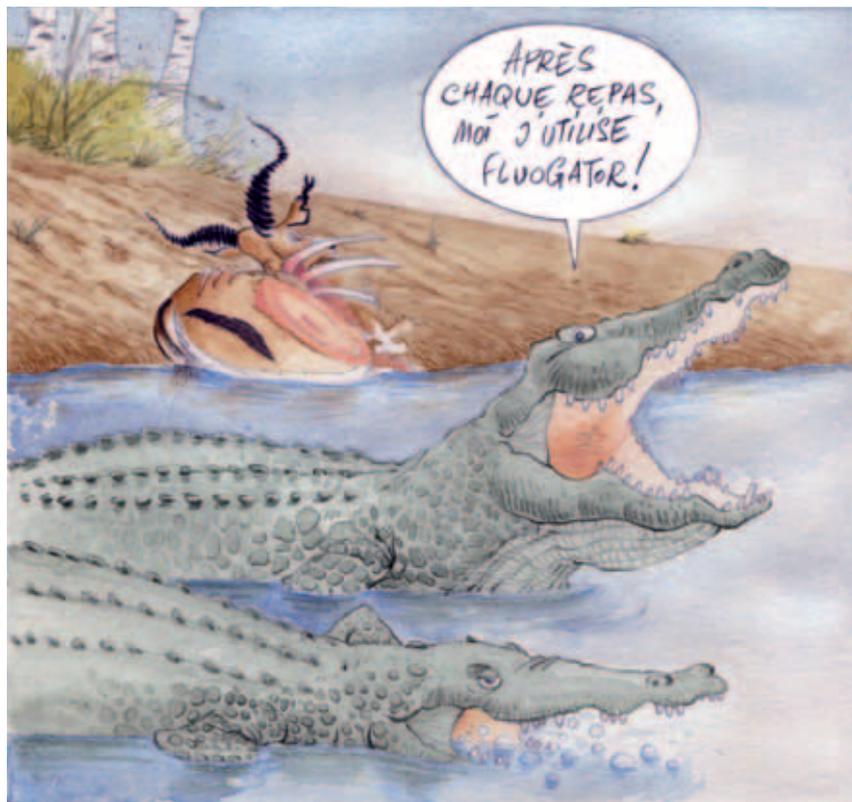
Conséquences de certaines maladies sur la santé bucco-dentaire

Ces conséquences sont aujourd'hui bien connues. Les maladies entraînant une altération de la réponse immunitaire, par voie directe (infection HIV, diabète non équilibré, maladies auto-immunes) ou indirecte (prise médicamenteuse : chimiothérapie, corticothérapie) favorisent le développement d'infections orales, de candidoses (infections fongiques, c'est-à-dire dues à un champignon) (2) ou de formes avancées de maladies parodontales (maladies infectieuses chroniques à composante inflammatoire) (3). En effet, certaines formes de maladies parodontales peuvent avoir une origine génétique, générale (ou systémique), ou être consécutives à la prise de substances médicamenteuses (3). Les maladies entraînant une diminution de la production salivaire par voie directe ou indirecte¹ augmentent le risque de carie et d'infections orales (4). Enfin, de nombreuses infections virales entraînent des lésions de la muqueuse orale².

Conséquences des infections bucco-dentaires sur la santé générale

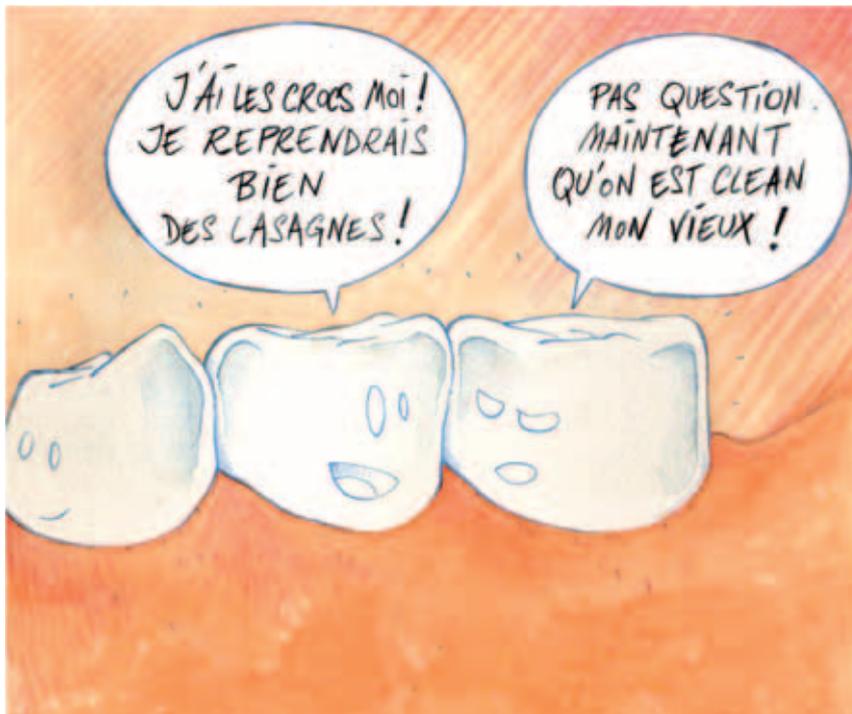
Depuis le XIX^e siècle, il est reconnu que certaines infections bucco-dentaires ont des repercussions à distance de la cavité buccale dans d'autres parties du corps (comme le cœur par exemple) (5).

Aujourd'hui, les sujets à risque d'endocardite infectieuse (pathologie car-



diacque dont l'origine infectieuse pourrait être la cavité buccale) reçoivent une antibioprofylaxie (traitement antibiotique préventif) avant tout acte invasif de chirurgie bucco-dentaire (6). Des recherches plus récentes ont montré que les parodontites (types de maladies parodontales) pourraient être associées à un risque augmenté de maladies cardio-vasculaires (7), de maladies broncho-pulmonaires (8), d'accouchements prématurés (9), de prééclampsie

(hypertension particulière pendant la grossesse) (10), de déséquilibre du diabète (11), d'activité de la polyarthrite rhumatoïde (forme de rhumatisme inflammatoire chronique) (12) et d'obésité (13). Les hypothèses avancées reposent sur le passage dans la circulation sanguine de bactéries orales pathogènes et de molécules de l'inflammation, capables d'entretenir ou d'engendrer un processus inflammatoire à distance de la cavité buccale.



Des essais cliniques sont actuellement en cours pour évaluer le bénéfice du traitement des parodontites sur l'amélioration de l'état de santé générale et la qualité de vie des individus atteints de pathologies chroniques.

Nécessité de corrélérer soins dentaires et médicaux

Pour des raisons historiques et d'organisation des études médicales, les

parcours de soins médicaux et dentaires sont encore aujourd'hui en France trop indépendants les uns des autres. Cette situation ne doit pas faire oublier que la cavité buccale fait partie intégrante du corps humain. Au vu des données récentes de la littérature scientifique, il semble important d'accentuer les efforts de santé publique sur le dépistage précoce et le traitement des parodontites, maladies dont la préva-

lence en France avoisine les 50 % de la population adulte (14). Enfin, il apparaît nécessaire de favoriser la coopération active des chirurgiens-dentistes, des médecins généralistes, des médecins spécialistes et des professionnels paramédicaux. Les décideurs de santé publique ont un rôle majeur à jouer dans cette démarche.

Jean-Noël Vergnes

Assistant hospitalier universitaire,

Cathy Nabet

Professeur des universités,
praticien hospitalier,

Département de Santé publique

– Épidémiologie, UFR d'Odontologie

– université Paul-Sabatier, Toulouse.

1. Voie directe : diabète non équilibré, syndrome de Gougerot-Sjögren. Voie indirecte : prise de médicaments comme certains anti-dépresseurs, anti-histaminiques et anti-hypertenseurs, radiothérapie cervico-faciale.

2. Par exemple, la primo-infection herpétique symptomatique se caractérise par une gingivo-stomatite érythémateuse, et le syndrome pieds-mains-bouche par une éruption buccale vésiculeuse se transformant rapidement en érosions (15).

► Références bibliographiques

- (1) Wheeler P.R., Young B., Heath J.W. *Histologie fonctionnelle*. Bruxelles : De Boeck Supérieur, 2004 : 424 p.
- (2) Akpan A., Morgan R. Oral candidiasis. *Postgraduate Medical Journal*, 2002, vol. 78, n° 922 : p. 455-459.
- (3) Pihlstrom B.L., Michalowicz B.S., Johnson N.W. Periodontal diseases. *Lancet*, 2005, vol. 366, n° 9499 : p. 1809-1820.
- (4) Arpin S., Kandelman D., Lalonde B. La xérostomie chez les personnes âgées. *Journal dentaire du Québec*, juillet-août 2005, vol. 42 : p. 263-271.
- (5) Manière M.C., Hall R. Pathologies de la muqueuse buccale communément rencontrées. *Réalités cliniques*, 2001, vol. 12, n° 1 : p. 83-91.
- (6) Miller W.D. The human mouth as a focus of infection. *Dental cosmos*, 1891, vol. 33, n° 9 : p. 689-713.
- (7) Habib G., Hoen B., Tornos P., Thuny F., Prendergast B., Vilacosta I., et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009). *European Heart Journal*, 2009, vol. 30, n° 19 : p. 2369-2413.
- (8) Blaizot A., Vergnes J.N., Nuwwareh S., Amar J., Sixou M. Periodontal diseases and cardiovascular events: meta-analysis of observational studies. *International Dental Journal*, 2009, vol. 59, n° 4 : p. 197-209.
- (9) Leuckfeld I., Obregon-Whittle M.V., Lund M.B., Geiran O., Bjørtuft Ø., et al. Severe chronic obstructive pulmonary disease: association with marginal bone loss in periodontitis. *Respiratory Medicine*, 2008, vol. 102, n° 4 : p. 488-494.
- (10) Vergnes J.N., Sixou M. Preterm low birth weight and maternal periodontal status: a meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2007, vol. 196, n° 2 : p. 135.e1-135.e7.
- (11) Nabet C., Lelong N., Colombier M.L., Sixou M., Musset A.M., Goffinet F., et al. Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the case-control Epipap study. *Journal of Clinical Periodontology*, 2010, vol. 37, n° 1 : p. 37-45.
- (12) Darré L., Vergnes J.N., Gourdy P., Sixou M. Efficacy of periodontal treatment on glycaemic control in diabetic patients: a meta-analysis of interventional studies. *Diabetes & Metabolism*, 2008, vol. 34, n° 5 : p. 497-506.
- (13) Berthelot J.M., Le Goff B. Rheumatoid arthritis and periodontal disease. *Joint Bone Spine*, 2010, vol. 77, n° 6 : p. 537-541.
- (14) Chaffee B.W., Weston S.J. Association between chronic periodontal disease and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Periodontology*, 2010, vol. 81, n° 12 : p. 1708-1724.
- (15) Bourgeois D., Bouchard P., Mattout C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003. *Journal of Periodontal Research*, 2007, vol. 42, n° 3 : p. 219-227.

Principes généraux de prévention en santé bucco-dentaire

Les douze premières années de vie sont la période pendant laquelle se construit la santé bucco-dentaire des enfants et des futurs adultes. Si la situation s'est globalement améliorée pour l'ensemble de la population au cours des dernières décennies, de fortes inégalités subsistent et constituent un défi majeur de santé publique. La prévention doit s'organiser à l'échelon territorial, au plus près des populations en fonction de leurs besoins. Elle doit impliquer l'ensemble des professionnels et des relais.

La santé bucco-dentaire fait partie intégrante de la santé générale et du bien-être. Bien qu'une amélioration globale de la santé bucco-dentaire ait été notée dans les pays développés ces trente dernières années grâce au brossage avec un dentifrice fluoré, de profondes inégalités en matière de santé bucco-dentaire persistent et constituent un enjeu majeur en termes de santé publique. Les déterminants (notamment comportementaux : brossage des dents, utilisation du fluor, habitudes alimentaires, etc.), mais aussi les conditions d'accès et de recours aux soins posent de façon évidente des questions d'égalité, notamment sociale, face à la santé, soulignant l'existence de groupes à risques : populations socio-économiquement défavorisées, personnes âgées dépendantes, personnes handicapées, etc.

La nécessité de développer, en complément du système de soins, une approche plus collective de la santé, prenant mieux en compte les déterminants non médicaux de la santé et faisant toute sa place à la prévention a conduit à une véritable avancée de la santé publique dentaire, et s'est traduite par l'adoption de la loi du 9 août 2004



relative à la politique de santé publique incluant pour la première fois un objectif de santé bucco-dentaire¹.

Des interventions multiples

Les interventions de prévention sont multiples (*lire l'encadré ci-dessous*) individuelles et collectives, elles concernent des acteurs et des structures nombreuses et variées (*lire l'encadré page 10*). Elles nécessitent une adaptation selon les diverses populations cibles, en fonction des problématiques et des niveaux de risque.

En matière de santé bucco-dentaire, comme en d'autres domaines, la mise en place d'un programme de prévention cohérent doit tenir compte de tous les échelons existants (national, régional, départemental et communal) pour s'inscrire dans une dynamique positive et complémentaire.

Des acteurs complémentaires sur une approche territoriale

Au niveau national, la mesure phare du plan de santé publique dentaire² (premier plan de santé publique dans ce

Prévention bucco-dentaire : de quoi parle-t-on ?

Comme pour toutes les thématiques de santé publique, il y a trois niveaux de prévention bucco-dentaire :

Prévention primaire : elle vise à réduire le nombre de nouveaux cas (incidence) de la maladie bucco-dentaire. Elle se situe avant l'apparition de la maladie en identifiant tous les facteurs de risque (comportement alimentaire à risque, diabète, stress, etc.).

Prévention secondaire : ce type de prévention se développe par le biais

du dépistage. Elle vise à prévenir l'aggravation de la maladie bucco-dentaire et sa durée d'évolution en la diagnostiquant le plus tôt possible alors qu'elle est asymptomatique (les premiers stades de la carie se développant au niveau de l'émail, cela se fait sans douleur).

Prévention tertiaire : elle intervient lorsque la maladie est installée, pour éviter sa récurrence ou sa complication. Elle peut nécessiter des soins, voire une réhabilitation prothétique si besoin.

domaine) est l'instauration d'un examen bucco-dentaire de prévention pour les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans en cabinet libéral ou salarié, pris en charge à 100 % sans avance de frais, de même que les soins dispensés pendant les six mois suivant l'examen pour les 6 et 12 ans (art. L. 2132-2-1 du Code de la santé publique). Cette mesure³ est accompagnée de séances d'éducation pour la santé dans certaines classes de CP et de 6^e pour inciter les enfants et leur famille à bénéficier de l'examen grâce à une campagne d'information à destination du grand public et des professionnels, autour du slogan : « M'T dents »⁴.

Sur le plan régional, l'Île-de-France, par exemple, a développé le programme Arcade (Action régionale contre les

atteintes dentaires des enfants). Mis en place dans le cadre d'un partenariat entre l'Assurance maladie, les collectivités territoriales, les professionnels de santé et l'Éducation nationale. Ce programme est construit autour d'un système de labellisation d'actions de prévention bucco-dentaire ; les labels étant octroyés sur avis d'un comité scientifique composé d'experts.

Les objectifs d'Arcade sont d'harmoniser, coordonner et généraliser les actions de prévention bucco-dentaire en Île-de-France, afin d'agir sur les comportements des jeunes en vue de préserver leur santé bucco-dentaire.

La labellisation Arcade est proposée à tout promoteur d'action bucco-dentaire intervenant au bénéfice des enfants de 0 à 12 ans, période où se construit la

santé dentaire et où l'impact des messages sur les pratiques est maximal. Elle a pour objet de garantir la cohérence et la qualité des dispositifs de prévention bucco-dentaire⁵. Une procédure de suivi des dispositifs permet de s'assurer, dans la durée, de la conformité de la mise en œuvre de l'action labellisée au cahier des charges Arcade.

Une approche globale en santé

La santé dentaire ne dépend pas que d'une seule profession de santé mais nécessite une approche intégrée. Elle ne doit pas être considérée comme distincte de la santé générale. À ce titre, il est plus que souhaitable de développer la transversalité professionnelle, en renforçant les connaissances des professionnels de la santé dans le domaine

Assurance maladie, État, collectivités, professionnels : les principaux intervenants en prévention bucco-dentaire

Plusieurs organismes publics, professionnels et associatifs ainsi que les collectivités territoriales interviennent dans la prévention bucco-dentaire. Bref aperçu de leurs missions respectives.

- L'**Assurance maladie** fait de la prévention bucco-dentaire :
 - par la mise en œuvre conventionnelle de l'examen bucco-dentaire pour les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans et par des campagnes de promotion dans les écoles du programme « M'T dents » grâce à de multiples partenariats ;
 - par des bilans bucco-dentaires pour les enfants de 4 à 12 ans et pour les adultes de plus de 35 ans, mis en place de 2004 à 2006 par la Caisse nationale du RSI.

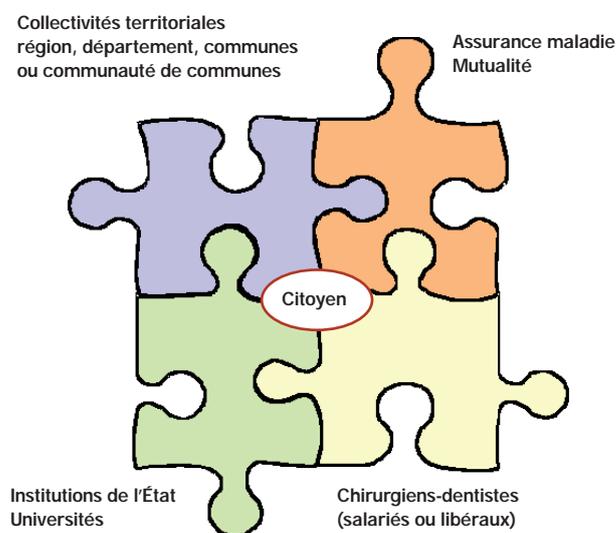
Un courrier, envoyé à date anniversaire, invite à se rendre chez le praticien de son choix.

- L'**État** est impliqué par les agences régionales de la santé (ARS), qui ont repris notamment les budgets de prévention des Drass-Ddass et d'une partie des fonds de prévention FNPEIS (Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire) des régimes d'assurance maladie. Les agences financent des actions de prévention bucco-dentaire. Au plan régional, les universités et services d'odontologie des hôpitaux s'impliquent également.

- Les **collectivités territoriales**, communes, département, région, sont partenaires ou promoteurs de projets ou programmes, mais interviennent aussi sur leur territoire grâce aux actions de leurs personnels (personnels des écoles primaires, des animateurs scolaires et périscolaires, des centres de santé, des structures de la petite enfance, etc.) qui sont autant de relais potentiels. Certaines de ces collectivités ont d'ailleurs des services ou des équipes dédiées de professionnels qui œuvrent sur le terrain (professionnels de la santé publique, chirurgiens-dentistes, assistantes dentaires, etc.).

- L'**Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD)** est un organisme créé en 1966 par la profession dentaire. Elle est organisée en antennes départementales et régionales ; les chirurgiens-dentistes en sont les acteurs. Ils interviennent dans des projets de prévention : séances d'éducation collective, dépistages bucco-dentaires, formations de partenaires-relais, que ce soit en milieu scolaire, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, etc. (lire l'article page 13).

- La **société française des Acteurs de la santé publique bucco-dentaire (ASPBD)** est une association créée en 2002 qui rassemble les acteurs de la santé publique dentaire dans leur diversité pour faciliter l'échange de savoirs et de compétences, aider à la mise en place de projets ou de programmes en apportant un appui méthodologique, en proposant des formations, en participant à la création d'outils pédagogiques (ex : dépliants sur la dent de 6 ans, CDrom *Les Kur'dents*, etc.). Elle co-organise la Journée de santé publique dentaire, qui se tient chaque année début novembre.
- Les **organismes de mutuelles** ont toujours fait de la promotion de la santé une de leurs priorités, tant sur le plan local que national. Auprès des seniors ou des plus jeunes, ils interviennent au travers de leurs centres de santé dentaire par des programmes d'éducation pour la santé bucco-dentaire.



bucco-dentaire, et particulièrement son lien avec la santé générale.

Certains professionnels de santé (médecins généralistes, gériatres, sages-femmes, pédiatres, infirmières, puéricultrices, pharmaciens, médecins du travail, service de santé préventive universitaire, etc.) sont en première ligne, voire les seuls à être en contact avec des populations spécifiques dans le cadre des soins de premier recours ou de consultations de prévention.

Il serait souhaitable d'intégrer dans leurs pratiques une approche de la santé dentaire pour qu'ils soient en mesure de conseiller et d'orienter leurs patients vers les chirurgiens-dentistes en cas de besoin. En effet, nombreux sont les patients qui, consultant leur médecin régulièrement, ne voient un chirurgien-dentiste qu'en situation d'urgence. Dans le cadre de leur pratique clinique préventive, les médecins pourraient intégrer des conseils de prévention bucco-dentaire (pour les patients atteints de diabète, de cardiopathies, pour les femmes enceintes, etc.).

En outre, les chirurgiens-dentistes ne sont que très rarement intégrés dans les équipes médicales des structures de la petite enfance (PMI, crèches, etc.) ou des structures médico-sociales (IME, Ehpad, IMPro, etc.)⁶. Or, les profession-

nels de santé de ces équipes, en raison du peu ou du manque de formation sur la nature des mesures à mettre en place pour préserver la santé bucco-dentaire, ne sont pas toujours en capacité de prodiguer des conseils adaptés, de surveiller ou de mettre en place des pratiques d'hygiène bucco-dentaire adaptées ou de détecter les besoins de soins.

Des approches complémentaires sur les lieux de vie de l'enfant ou du jeune

Deux types d'approche préventive coexistent : l'approche populationnelle et l'approche par groupes à risques. Cette dernière est populaire car elle cadre bien avec une approche clinique (celle du dépistage entre autres...). L'approche populationnelle est logiquement essentiellement investie sur les jeunes enfants ; plus les réflexes pour une bonne santé bucco-dentaire sont acquis tôt par l'éducation à la santé (prévention primaire), plus ils ont de chance de perdurer dans la vie adulte. Le principe est que prévenir, c'est autant d'argent dépensé en moins plus tard.

Une action de la Mutualité sociale agricole (MSA)⁷, évaluée par le Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion (Cresge), montre l'impact économique significatif et rapide (au bout de trois ans) de la prévention, au-delà de son efficacité sanitaire, sur les

dépenses de soins dentaires. C'est lors de la petite enfance, période clé pour la santé bucco-dentaire d'un individu, que sont alors acquises les habitudes en matière d'hygiène et d'alimentation. Cette acquisition de bonnes pratiques s'appuie aussi sur les mères de famille, celles-ci se révélant ici de précieuses alliées.

Les centres de PMI, les crèches, etc., constituent un lieu privilégié pour intégrer la promotion de la santé bucco-dentaire aux actions sanitaires et sociales d'un département. Les personnels de ces structures, une fois formés par un dentiste référent, constitueront un relais efficace de prévention bucco-dentaire grâce à leur contact permanent avec l'enfant et leur relation régulière avec les parents (*lire l'article page 16*). Il existe des moments clés (grossesse, allaitement, diversification alimentaire, examens des 9^e et 24^e mois, arrivée de la dent de 6 ans et celle de 12 ans, etc.) pour transmettre ou renouveler les messages.

De même, le milieu scolaire est favorable à la mise en place d'actions d'éducation pour la santé ou de dépistage. Il brasse en effet tous les milieux socio-économiques et permet à tous de recevoir les messages de prévention et/ou de bénéficier d'un examen de dépistage, idéalement à bord d'un camion de prévention bucco-dentaire équipé comme un cabinet dentaire, avec une proposition de prise en charge chez le praticien de son choix.

Aller à la rencontre de l'enfant ou du jeune, c'est permettre d'optimiser les actions de prévention en les rendant acteurs par des actions concrètes, qui s'inscrivent et se prolongent dans leur quotidien. Dans les messages, il s'agira de ne pas avoir une vision trop réduite à la notion de carie, mais au contraire d'élargir à la prévention de la traumatologie (notamment sport à risque ou jeux dans les cours d'écoles), à la santé des muqueuses ou aux anomalies dento-maxillaires.

Travailler avec les parents

Les actions de prévention sont essentiellement axées sur les enfants. Si cette stratégie est essentielle dans la mesure où elle rend l'enfant actif et impliqué et qu'elle s'effectue le plus généralement sur un registre ludique, elle n'est pas pour autant suffisante. L'autre condition de réussite est que les parents puissent

Formation des professionnels

Formation initiale des chirurgiens-dentistes

Les étudiants, lors de leur formation initiale, ont des enseignements sur les méthodes de prévention de la carie et de la maladie parodontale en direction des enfants et des adultes.

Dans le cadre des enseignements en santé publique, les étudiants en chirurgie-dentaire acquièrent des connaissances sur la méthodologie de projet de prévention et sur les outils en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient.

Sur le plan pratique, les universités ont conclu des conventions de stage avec des partenaires acteurs en prévention bucco-dentaire. Ainsi, les étudiants participent à des actions d'éducation, de formation relais et à des dépistages en milieu scolaire ou en institution pour personnes âgées dépendantes, par exemple.

Formation continue des chirurgiens-dentistes

Des colloques, congrès et journées de formation sont organisés autour des thématiques de la promotion de la santé bucco-dentaire dans le cadre de la formation continue.

Des diplômes universitaires en pédagogie de la santé, en éducation thérapeutique, sont ouverts aux chirurgiens-dentistes sans être spécifiques au domaine bucco-dentaire.

Des formations diplômantes en université (master) existent également en santé publique et en pédagogie de la santé, elles permettent aux chirurgiens-dentistes d'acquérir des connaissances et des compétences applicables à leur spécialité.

Formation des autres professionnels de santé

La promotion de la santé bucco-dentaire apparaît de façon marginale (quelques heures) dans les formations initiales médicales et paramédicales.

jouer un rôle de relais efficace. Une étude qualitative sur l'impact des actions de prévention bucco-dentaire réalisée pour le conseil général du Val-de-Marne⁸ a permis de mettre en évidence trois registres utilisés par les parents pour expliquer à leurs enfants la nécessité d'une bonne hygiène bucco-dentaire :

- le registre santé : l'hygiène bucco-dentaire permet de protéger ses dents contre les caries ;
- le registre beauté : l'hygiène bucco-dentaire s'inscrit dans un registre esthétique ;
- le registre social : l'hygiène bucco-dentaire relève du respect de l'autre.

Comme on peut le constater, la prévention bucco-dentaire, pour avoir un effet pérenne et positif, est un travail en réseau avec un véritable maillage territorial, que ce soit à l'échelle d'une région, d'un département ou d'une commune.

Évelyne Baillon-Javon

Directrice du Pôle prévention et promotion de la santé, agence régionale de santé d'Ile-de-France, Paris,

Fabien Cohen

Chirurgien-dentiste, secrétaire général de l'ASPB, D,

Carol Heiwy

Chirurgien-dentiste, responsable du Pôle surveillance, service de santé publique dentaire, conseil général du Val-de-Marne, Créteil.

De l'usage du fluor

Les fluorures agissent dans la phase pré-éruptive (avant l'apparition de la dent en bouche) au moment de la formation de la dent, et dans la phase post-éruptive au niveau de la dent exposée au milieu buccal avec la salive, l'alimentation et la plaque bactérienne.

L'incorporation du fluorure au moment de la formation de la dent a un effet protecteur contre la carie temporaire. L'apport topique (à la surface de la dent) du fluorure permet de constituer un réservoir de fluorure près de la surface dentaire. En l'état actuel des connaissances, les fluorures auraient une efficacité supérieure lorsqu'ils sont administrés par voie topique (dentifrice, gel, vernis, bain de bouche).

L'usage des fluorures doit être modulé en fonction du risque carieux qui se diagnostique au moment d'une visite chez un chirurgien-dentiste ou un autre professionnel de santé.

Pour les enfants à risque faible, seul l'apport topique est efficace dès l'apparition des premières dents avec le brossage bi-quotidien à l'aide d'un dentifrice fluoré dosé en fonction de l'âge. Pour les enfants à risque élevé, en plus du brossage, des thérapeutiques fluorées complémentaires peuvent être prescrites après la réalisation d'un bilan des apports en fluor (eau de boisson, comprimés, sel fluoré). On choisit une seule forme d'apport par voie générale. La posologie recommandée est de 0,05 milligramme de fluor par jour et par kilo de poids, sans dépasser un milligramme pour toutes les sources de fluor afin d'éviter l'apparition d'une fluorose¹.

Sylvie Azogui-Lévy

1. La fluorose est une atteinte de l'émail dentaire, qui devient, par excès de fluor, cassant. On la visualise par des taches blanches sur la surface dentaire.

1. *Objectif général 3 – Améliorer la santé bucco-dentaire des enfants, particulièrement aux âges critiques de 6 et 12 ans, dans toutes les catégories sociales. Haut Conseil de la santé publique, avril 2010 : p. 253-254. En ligne : <http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20100317ObjectifsSP.pdf>*

2. *En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/le-plan-de-prevention-bucco-dentaire.html>*

3. *Elle est présente en 2010 dans soixante départements.*

4. *Il s'agit de la promotion du programme de prévention bucco-dentaire de la Cnamts, inscrite dans la convention nationale dentaire proposant un examen*

bucco-dentaire en cabinet (et non en milieu scolaire). 5. Arcade Label I (Information 0-2 ans) – IES (Information – Éducation pour la santé 3-5 ans) – IDES (Information – Dépistage – Éducation pour la santé 6-11 ans).

6. *Protection maternelle et infantile (PMI), Institut médico-éducatif (IME), Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), Institut médico-professionnel (IMPro).*

7. *Enfants, adolescents, futures mamans ou adultes : à certains âges, ils bénéficient d'un examen de prévention bucco-dentaire pris en charge à 100 % par la MSA.*

8. *Réalisée par le cabinet GMV conseil.*

Haute Autorité de santé : des recommandations pour la prévention de la carie dentaire

En 2010, la Haute Autorité de santé a publié ses recommandations pour la prévention de la carie dentaire.

La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en octobre 2010¹ ses recommandations en matière de prévention de la carie dentaire, prenant appui sur le niveau de preuves relevé au plan international et l'expérience d'un groupe d'experts. Elle met l'accent sur la prévention primaire, l'éducation et la promotion de la santé, la formation des personnels de la santé et du médico-social, ainsi que celle des futurs parents et des personnels de la petite enfance, de l'école, etc.

La HAS insiste sur les stratégies de prévention qui ont fait leurs preuves comme :

- le brossage des dents – élément important de l'hygiène bucco-dentaire –, supervisé par les parents ou réalisé à l'école (ou en crèche pour les enfants de moins de 3 ans) : une efficacité difficile à dissocier de l'utilisation concomitante du dentifrice fluoré adapté à l'âge ;
- les topiques fluorés (fluor appliqué au contact des dents), dentifrice, bain de bouche, vernis, gel, qui sont des moyens efficaces de prévention de la carie avec des niveaux de preuves élevés ou moyens suivant l'âge des individus et le type d'application. À ce propos, la HAS rappelle que la supplémentation en fluor par voie orale (comprimé, goutte) évaluée récemment par l'AFSSAPS, n'est plus recommandée pour les enfants qu'à partir de

6 mois, et doit être réservée à ceux présentant un risque carieux² ;

- le scellement de sillon (vernis à la surface de la dent) qui a fait la preuve de son efficacité.

La HAS définit des moments cruciaux d'intervention : chez la femme enceinte, chez l'enfant dès 6 mois, puis à 2, 3, 6, 9, 12, 15 ans, pour les 18-25 ans, pour les 25-60 ans et au-delà (période clé du passage à la retraite). Par ailleurs, la HAS identifie des populations à risque carieux élevé : personnes âgées dépendantes (à domicile et en institution) ; personnes handicapées (à domicile et en institution) ; personnes atteintes de pathologies chroniques ; population (enfant et adulte) en situation socio-économique défavorisée ; population migrante ; population carcérale.

Fabien Cohen

Secrétaire général de l'ASPB, D.

1. *Stratégies de prévention de la carie dentaire, synthèse et recommandations, rapport de la HAS, mars 2010. Téléchargeable sur www.has-sante.fr*

2. *Patients présentant au moins un des facteurs de risque individuels suivants : absence de brossage quotidien avec du dentifrice fluoré, ingestions sucrées régulières en dehors des repas ou du goûter (aliments sucrés, boissons sucrées, bonbons), prise au long cours de médicaments sucrés ou générant une hyposialie ou diminution du volume de la salive, etc.*

UFSBD : développer la prévention bucco-dentaire sur tous les terrains

L'Union française pour la santé bucco-dentaire constitue l'organisation de la profession dentaire dont la mission prioritaire est d'animer et de coordonner les actions de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire. Elle appuie son action sur un important réseau de chirurgiens-dentistes organisé aux niveaux départemental et régional. Depuis plus de quarante ans, ces professionnels interviennent en dehors de leur cabinet dentaire pour faire de la prévention dans les écoles, les Ehpad, les crèches, les hôpitaux, les prisons, etc. Ces actions « de terrain » permettent de mieux appréhender les besoins de santé des populations et d'améliorer la pratique professionnelle et la prise en charge des patients au cabinet dentaire.

Les réformes récentes en matière de santé publique, et notamment la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, invitent les professionnels à passer d'une logique de soins à une logique plus préventive. Pour ces réformes, la profession dentaire et les chirurgiens-dentistes étaient en partie préparés et déjà « motivés » : dès les années 1960, ils ont organisé la prévention bucco-dentaire en créant l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD)¹.

Au cours des dernières décennies, du fait, d'une part, d'une évolution favorable du comportement des enfants en matière d'hygiène bucco-dentaire et, d'autre part, du travail effectué dans et en dehors des cabinets dentaires, la santé bucco-dentaire générale de la population s'est améliorée. Cette évolution a été mise en évidence par des enquêtes épidémiologiques réalisées par l'UFSBD², qui montrent une baisse progressive significative de l'indice carieux, dit « CAO » (dent cariée, absente, obturée), bon indicateur de la santé bucco-dentaire. En 2006, en France, la proportion d'enfants de 12 ans totalement indemnes de carie était de 56 %.

Dans ce contexte positif, plusieurs indicateurs restent cependant alarmants. La dernière enquête de l'UFSBD auprès des enfants de 6 et 12 ans³ montre que 20 % des enfants cumulent 72 à 80 % des pathologies dentaires. Le rapport sur la santé bucco-dentaire des personnes handicapées remis à

madame Morano, en juillet 2010, fait état d'un demi-million de personnes qui n'ont pas accès à une santé bucco-dentaire satisfaisante du fait de leur handicap. Quant aux multiples expérimentations menées auprès des personnes âgées dépendantes, elles témoignent que 35 à 50 % des résidents d'Ehpad ont des besoins importants en soins bucco-dentaires faute de pouvoir bénéficier d'une bonne hygiène et d'un accès aux soins adéquat.

Ces résultats contrastés montrent que :

- la prévention et les actes de prophylaxie des chirurgiens-dentistes sont utiles pour la grande majorité de la population ;
- les actions menées depuis quarante ans dans les écoles ont porté leurs fruits et qu'il est important de les pérenniser ;
- il faut redoubler d'efforts auprès de publics spécifiques et auprès de ceux qui ne fréquentent pas le cabinet dentaire pour les aider à adopter des comportements de santé favorables et pour leur donner accès à la prévention et aux soins.

Agir auprès des enfants...

La loi de santé publique de 2004 a fixé comme objectif de réduire de 30 % le taux de caries des enfants de 6 ans et 12 ans. Dans ce contexte, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a lancé, en 2007, la campagne « M'T dents » qui invite les jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans à un examen bucco-dentaire, entièrement

pris en charge, chez le chirurgien-dentiste de leur choix. Afin d'encourager les enfants à réaliser cet examen et à fréquenter le cabinet dentaire, l'UFSBD est mandatée et financée par l'Assurance maladie pour intervenir en classes de CP, CE2 et 6^e. Ces séances de sensibilisation permettent de transmettre aux enfants les messages clés en matière d'hygiène et de santé bucco-dentaire. Les classes en zones sensibles et défavorisées sont prioritaires.

Chaque année, dans ce cadre, les chirurgiens-dentistes de l'UFSBD interviennent dans plus de cinq mille écoles primaires et sept cent cinquante collèges dans soixante-cinq départements. Soit environ quatre cent mille enfants sensibilisés par an. L'UFSBD a conclu un accord de partenariat avec l'Éducation nationale afin de favoriser l'intégration des actions de prévention dans une démarche pédagogique globale, en cohérence avec le programme scolaire. La séance d'éducation collective dans les classes est animée et interactive (jeux de rôles). Avec du matériel pédagogique simple et ludique, les chirurgiens-dentistes amorcent un dialogue qui vise à déjouer les craintes et sensibiliser les enfants à l'importance de la visite chez le chirurgien-dentiste. À l'issue de la séance, chaque enfant se voit remettre un kit de brossage composé d'une brosse à dents et d'un dépliant d'information sur les méthodes de brossage. Les enseignants peuvent prolonger la séance grâce à un guide pédagogique remis par le formateur. Une évaluation

du dispositif est réalisée chaque année. Elle montre que l'acquisition des connaissances par les élèves – mesurée par des tests avant et après l'intervention – est satisfaisante, prouvant ainsi la qualité du programme proposé.

... y compris les tout-petits

Depuis une dizaine d'années, l'UFSBD intervient également dans les écoles maternelles et les crèches. Parce qu'il est nécessaire de rencontrer les enfants dès leur plus jeune âge et de sensibiliser les parents et l'entourage éducatif pour que les bonnes habitudes soient acquises le plus tôt possible.

Dans les crèches, l'UFSBD sensibilise les parents et le personnel encadrant aux pratiques d'hygiène bucco-dentaire dès la première dent. La prévention bucco-dentaire fonctionne mais demande beaucoup d'efforts. Elle est contrainte par plusieurs idées reçues qu'il faut, pas à pas, déconstruire. Pour de nombreux parents et encore quelques professionnels de santé, les dents de lait ne nécessiteraient pas de soins ni de brossage. Si bien que certains enfants de 3 ans cumulent jusqu'à six ou sept caries !

Dans les classes de maternelle, des ateliers très ludiques avec des aliments factices, de la pâte à modeler, des maxi-mâchoires et des maxi-brosses à dents, des comptines à chanter sont mis en place. Les enfants s'amusent, manipulent des objets inédits pour eux, chantent, bougent, et toutes ces activités leur permettent de mieux appréhender et retenir les informations transmises. Tout ce travail n'est utile que si les enfants dépistés, et/ou conseillés pendant des séances individuelles ou collectives, se rendent ensuite dans un cabinet dentaire. L'intérêt de la démarche, c'est le lien entre l'action de prévention sur le terrain et les actes de prévention et de soins réalisés au cabinet. La mission de prévention et d'éducation doit être menée sur tous les terrains, cabinet dentaire compris, afin d'optimiser son effet. Seule la répétition des messages de motivation est un gage de réussite sur le long terme.

L'UFSBD assure en parallèle la formation médicale continue des chirurgiens-dentistes de manière à faire évoluer la pratique et la qualité de la prise en charge des patients. Si la sensibilisation dans les crèches fonctionne, de plus en plus de parents avec des enfants en bas âge viendront dans les cabinets pour une consultation de prévention. Il est important de

préparer les professionnels à ce type d'exercice.

Agir pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées

L'UFSBD agit également en faveur des publics adultes, notamment les plus vulnérables ; personnes âgées ou handicapées, personnes souffrant de maladies chroniques, etc. Dans les Ehpad, les maisons d'accueil spécialisées, les foyers d'accueil médicalisés, des formations complètes à destination des personnels soignants sont proposées. Elles sont à la fois théoriques et pratiques. L'objectif est de sensibiliser les personnels à l'importance de la santé bucco-dentaire et de favoriser la prise en charge effective de l'hygiène bucco-dentaire des résidents les moins autonomes afin de limiter les pathologies et les risques associés. L'UFSBD a noué plusieurs partenariats avec des syndicats, fédérations et groupes gestionnaires d'Ehpad afin de s'inscrire dans une politique transversale d'amélioration des pratiques. De même, avec les organismes Arrco et Agirc et l'association France Alzheimer. Cette approche collaborative permet d'inscrire la démarche de formation dans le cadre d'un projet d'établissement cohérent porté à la fois par la direction et les salariés. Depuis 2010, l'UFSBD a formé les personnels soignants dans près de cent cinquante établissements médico-sociaux.

Vers une prise en charge « globale » du patient au cabinet dentaire

Dans le domaine bucco-dentaire, la question de la prévention n'est pas « naturelle » : certains chirurgiens-dentistes ne l'ont pas encore intégrée dans leur pratique. D'ailleurs, l'exercice ne l'impose pas. C'est la conscience et l'ambition qu'ils ont de faire progresser cet exercice qui l'imposent. L'UFSBD a contribué, depuis les années 1960, à faire sortir les professionnels de santé de leur cabinet pour aller à la rencontre de ceux qui, pour des raisons diverses, ne fréquenteraient pas le cabinet dentaire. Ces actions de terrain favorisent « la rencontre » entre les chirurgiens-dentistes et les publics et une meilleure compréhension des besoins des populations. Elles sont également l'occasion d'un dialogue avec d'autres professionnels de santé : médecins de PMI, gériatres, nutritionnistes, addictologues, etc.

Les besoins des populations sont ainsi appréhendés de manière « globale », « environnementale », ce qui améliore ensuite la prise en charge au cabinet. Mais de quoi parle-t-on quand on parle de « prise en charge globale » du patient ? Les chirurgiens-dentistes sont proches de leurs patients, au contact de leur intimité, souvent informés de leur histoire. Ils rencontrent des personnes dont l'état de santé globale les intéresse car il est lié à l'état de santé bucco-dentaire. Leur responsabilité est de prendre soin (et pas seulement soigner) d'une personne dans toutes ses problématiques de santé.

Inscrit dans une démarche de prévention, le chirurgien-dentiste parlera d'alimentation à un enfant de 6 ans qui cumule plusieurs caries, il parlera de drogues à un adolescent qui (visiblement) consomme du cannabis. Face à une femme enceinte souffrant de parodontite, il évoquera les risques d'accouchement prématuré, etc. Il s'agit, d'une part, de prévenir les pathologies bucco-dentaires (et la profession a longtemps milité pour que les actes de prophylaxie comme le scellement de sillons soit remboursés par l'Assurance maladie), et, d'autre part, de remplir une fonction de prévention face à d'autres pathologies ou risques : le surpoids et l'obésité, les addictions, les cancers buccaux, le diabète, la dénutrition, les troubles musculo-squelettiques, les apnées du sommeil, etc.

L'UFSBD a besoin d'être soutenue dans sa démarche vis-à-vis de la profession dentaire. Dans l'intérêt des usagers, des enfants et notamment des familles les plus vulnérables, il est important, d'une part, que la santé bucco-dentaire soit reconnue comme une priorité de santé publique et, d'autre part, que les chirurgiens-dentistes soient identifiés comme de véritables acteurs de prévention.

Sophie Dartevelle

Présidente,

Patricia Vernay

Chef de pôle Opérations de santé publique,

Jacques Wemaere

Vice-président, UFSBD, Paris.

1. L'UFSBD, association loi 1901, a été créée en 1966 par l'Ordre national des chirurgiens-dentistes et les principaux syndicats. L'UFSBD est aujourd'hui centre collaborateur de l'OMS.

2. L'UFSBD a réalisé cinq enquêtes épidémiologiques (en 1987, 1990, 1993, 1998 et 2006) sur des échantillons représentatifs d'enfants français de 6, 9 et/ou 12 ans, à la demande du ministère de la Santé. Ces enquêtes représentent la seule référence épidémiologique en France sur ces tranches d'âge.

3. Hescot P., Roland É. La Santé dentaire en France. Enfants de 6 et 12 ans. Paris : UFSBD, 2006 : 84 p.

Entretien avec le docteur Paul Karsenty, chargé de la santé bucco-dentaire à la direction générale de la Santé, Paris.

« Santé bucco-dentaire : une politique d'ensemble reste à construire »

En dépit de récentes avancées comme la prise en charge à 100 % d'un examen bucco-dentaire et des soins courants qui en découlent, pour plusieurs tranches d'âge d'enfants et d'adolescents, une politique de santé bucco-dentaire conjuguant prévention et amélioration de l'accès aux soins reste à construire en France.

La Santé de l'homme : Vous êtes chargé de la santé bucco-dentaire à la direction générale de la Santé (DGS). Quel regard portez-vous sur l'action des pouvoirs publics en la matière ? Quels sont vos sujets de satisfaction ?

Il y a, depuis quelques années, une meilleure prise en considération de la santé bucco-dentaire dans le champ de la santé publique. Cela s'est traduit notamment par le Plan national de prévention bucco-dentaire¹ et la prise en charge à 100 % d'un examen bucco-dentaire et des soins consécutifs pour les enfants et les adolescents de cinq tranches d'âge². À une échelle plus limitée, il y a eu aussi des progrès dans la détection précoce des cancers buccaux³ de même que dans les actions spécifiques en direction de groupes fragilisés : personnes handicapées⁴, personnes âgées dépendantes⁵, populations en situation de précarité⁶, personnes détenues⁷, consommateurs de produits psycho-actifs⁸.

Autres illustrations de l'intérêt croissant pour ce secteur de la santé publique : le rapport de la Haute Autorité de santé sur la prévention de la carie, les expertises de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) sur les amalgames, sur le fluor, ou encore l'important rapport de la Cour des comptes sur les soins dentaires.

De même, d'autres dossiers, comme celui des assistants dentaires, de la prévention des infections liées aux soins ou – même si c'est plus anecdotique – celui du « blanchiment dentaire », ont sensiblement progressé. L'inscription très prochaine des assistants dentaires au Code de la santé publique, et donc leur reconnaissance en tant que professionnels de santé, leur permettra notamment de jouer un rôle accru dans les actions de prévention. La prévention des infections associées aux soins a progressé, elle aussi, à travers la réalisation et la diffusion à la profession dentaire – et aux agences régionales de santé – d'un document⁹ qui rappelle les principales recommandations à ce sujet et permet d'évaluer leur

mise en œuvre. Pour ce qui concerne le « blanchiment dentaire » à visée esthétique, la meilleure information du public¹⁰, les contrôles effectués sur les produits utilisés dans les « bars à sourire »¹¹ et la nouvelle réglementation européenne (applicable à partir du 31 octobre 2012) permettront bientôt à cette pratique de s'effectuer dans de bonnes conditions de sécurité.

S. H. : Et les difficultés ?

Si ces avancées sont bien réelles, il est vrai qu'elles ne peuvent pas masquer un contexte général difficile. Comme la Cour des comptes l'a bien montré, il n'y a toujours pas, en France, de véritable politique d'ensemble en faveur de la santé bucco-dentaire. Cela tient à plusieurs raisons et peut-être d'abord à la faible mobilisation de la société civile sur ce sujet : les affections bucco-dentaires, souvent considérées comme des troubles mineurs, ne sont pas spectaculaires. Elles ne retiennent pas l'attention des médias, des parlementaires ni des associations. Faute d'une pression suffisante, ce sujet est donc rarement prioritaire pour les responsables politiques.

De plus, un véritable plan de santé bucco-dentaire supposerait l'articulation de plusieurs leviers d'action : non seulement la prévention – comme dans le plan adopté – mais aussi l'accès aux soins, la formation, la recherche, la qualité et la diversification de l'offre de soins dentaires, etc. En l'absence d'une forte volonté politique capable d'imposer une coordination, le nombre, la diversité et le cloisonnement des acteurs concernés sont des obstacles considérables.

Le Plan national de prévention bucco-dentaire

Annoncé en novembre 2005 et mis en œuvre à partir de 2007, le Plan national de prévention bucco-dentaire vise principalement à développer la prévention individuelle et les soins précoces chez les enfants et les adolescents. Ainsi, une consultation dentaire est systématiquement proposée tous les trois ans entre 6 et 18 ans. Elle est prise en charge à 100 %, sans avance de frais, de même que les soins consécutifs éventuels (hors prothèses, orthodontie ou appareils dentaires). Cette mesure s'accompagne d'actions d'information dans les médias (campagnes « MT dents ») et en milieu scolaire. D'autres mesures, expérimentales, visent à mieux prévenir les affections bucco-dentaires dans des groupes sociaux vulnérables (personnes âgées dépendantes, handicapées, etc.). Enfin, une mesure spécifique tend à améliorer la détection précoce des cancers buccaux. Ce plan national, même limité à la prévention, a inscrit pour la première fois la santé bucco-dentaire dans les objectifs permanents des politiques de santé des pouvoirs publics.

Enfin, comment ignorer le contexte actuel de la politique de santé : en matière de soins dentaires notamment, l'extension des honoraires libres et l'augmentation du « reste à charge »¹² accroissent les difficultés d'accès aux soins pour de larges couches de la population, bien au-delà des publics précaires. Quel que soit alors l'intérêt de certaines avancées, leur portée reste limitée dans une politique d'ensemble qui demeure problématique pour la santé publique.

Propos recueillis par **Sylvie Azogui-Lévy**

Prévention bucco-dentaire en crèche et en centre de PMI : des actions pour les tout-petits

La prévention bucco-dentaire chez l'enfant doit démarrer le plus tôt possible. Crèches, écoles, centres de Protection maternelle et infantile sont des lieux propices à la prévention. Cette démarche requiert toutefois un cadre favorable, à commencer par une forte collaboration entre les différents professionnels.

Hormis quelques conseils dans le carnet de santé, force est de constater que la santé bucco-dentaire de l'enfant ne semble être prise en compte qu'à partir de 6 ans, et ce grâce à la mise en place du dispositif de prévention « M'T dents ». Comme le préconise la Haute Autorité de santé dans son rapport de mars 2010 (*lire l'encadré « Haute Autorité de santé : des recommandations pour la prévention de la carie dentaire », page 12*), il existe pourtant un véritable besoin de prévention avant cet âge : 37 % des enfants de 6 ans ont déjà des caries et très peu sont soignées (1). Or, les cabinets dentaires sont peu fréquentés par les très jeunes enfants. Il s'agit donc de sortir du modèle bio-médical (2), où la prévention reste du domaine du chirurgien-dentiste dans son cabinet, et d'aller à la rencontre des familles et des jeunes enfants. Tous leurs lieux de vie sont potentiellement des espaces d'action ; et les professionnels du champ médico-social et de la petite enfance sont des intervenants possibles. Encore faudrait-il qu'ils soient investis comme tels. Une formation inter-professionnelle permet en tout cas de délivrer un corpus théorique commun.

Le choix des équipes de travailler sur la promotion du brossage des dents et du soin dentaire permet d'illustrer l'intérêt et les limites des interventions.

Le brossage précoce, facteur de bonne santé bucco-dentaire

Les données de la littérature scientifique (3) concluent qu'un brossage précoce et régulier, dès l'apparition des premières dents, est un facteur de bonne santé bucco-dentaire. Au-delà de l'aspect préventif lié à la carie, il semble important de souligner, au regard des déterminants de santé, la dimension de bien-être pour l'enfant : sentir ses dents lisses et propres, sa bouche fraîche après le repas sont des sensations à développer, afin de lui donner le goût de les retrouver ensuite.

Inscrire le geste du brossage des dents très tôt dans le quotidien de l'enfant gardé en collectivité (crèche, garderie, assistante maternelle), puis ensuite à l'école, permet de créer une habitude d'hygiène dentaire, au même titre que le lavage des mains après les activités et le repas. Plus que la technique proprement dite, qui a peu de sens chez un petit enfant, c'est l'habitude et la possibilité de réaliser ce geste dans un lieu collectif qu'il convient de développer. En outre, le brossage des dents accompagne aussi la découverte du corps et favorise l'apprentissage moteur.

Enfin, l'intérêt d'instaurer un rituel du brossage dans ces lieux de vie permet soit de renforcer les bonnes habi-

1. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/LDP_2011_BD.pdf (pages 18-19).

2. Avec le programme « M'T dents », les enfants et adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans sont systématiquement invités, par courrier, à bénéficier, chez le chirurgien-dentiste de leur choix, d'un examen de prévention pris en charge à 100 % sans avance de frais. Les soins consécutifs à cet examen (hors prothèses, orthodontie ou appareils dentaires) sont également pris en charge à 100 %.

3. Afin d'améliorer la détection précoce des cancers buccaux, le ministère, l'Institut national du cancer (INCa) et les principales organisations de chirurgiens-dentistes ont développé, dans ce domaine, des outils spécifiques et de nombreuses actions de formation continue. Parallèlement, des recherches et des actions expérimentales (dépistage systématique dans une population à risque) ont été entreprises. Enfin, une campagne d'information du grand public sur ces cancers méconnus est prévue. Lien : <http://www.e-cancer.fr/dépistage/cancers-cavite-buccale>

4. Mise en place du site : <http://www.sante-orale-et-autonomie.fr/> et formation à la prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes non autonomes dans cinquante établissements médico-sociaux.

5. Prise en charge de la santé bucco-dentaire des résidents de douze Ehpad. En outre, le thème « Prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes fragilisées ou dépendantes » a été inscrit dans les priorités 2012 de la formation continue des personnels hospitaliers.

6. Ouverture d'une dizaine de PASS bucco-dentaires. Soutien au site <http://www.accesauxsoinsdentaires.aoi-fr.org/>

7. Intégration d'un volet sur la santé bucco-dentaire dans le plan « politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf

8. Mise en place avec la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) du site d'information <http://infosdentistesaddictions.org/mildt.html>

9. Grille technique d'évaluation des cabinets dentaires pour la prévention des infections associées aux soins, Association dentaire française, novembre 2011. Ce document est téléchargeable sur le site de l'association : <http://www.adf.asso.fr>

10. <http://www.sante.gouv.fr/blanchiment-dentaire.html>

11. Les « bars à sourire », pensés sur le modèle du salon esthétique, proposent notamment le blanchiment des dents ainsi que d'autres prestations.

12. Le « reste à charge », c'est-à-dire la part de la dépense qui reste à la charge des ménages, s'est accru sous l'effet de la hausse du montant des honoraires (libres) de la plupart des actes dentaires : les montants pris en charge par les organismes d'assurance maladie ayant peu évolué, le taux réel de couverture s'est réduit, en particulier pour les actes de prothèse et les traitements d'orthodontie.



tudes acquises à la maison, soit d'initier l'enfant : le but étant de pouvoir reproduire au quotidien, grâce aussi à l'implication des parents, ce geste appris en collectivité.

Contraintes pour les équipes

La proposition de mise en place d'une action de promotion en faveur du brossage des dents se heurte le plus souvent à un premier obstacle : la réticence des équipes. Si, dans les crèches, les conditions sont plutôt favorables, il faut admettre que dans les écoles maternelles, les contraintes matérielles sont importantes.

Le second obstacle concerne l'aspect chronophage suspecté de cette action. Pourtant, dans les crèches où le brossage fonctionne bien et depuis longtemps, cette action est inscrite dans le projet pédagogique et l'ensemble de l'équipe y participe. Les enfants apprécient ce moment, acquièrent vite une certaine autonomie et le temps dévolu est finalement assez court.

Il est par ailleurs important que le brossage des dents en lieu collectif soit mis en valeur auprès des parents, afin

de conforter l'équipe qui investit de l'énergie dans cette action.

Centre de PMI, un cadre favorable... avec des limites

Parfois, dans les centres de Protection maternelle et infantile (PMI), des séances d'examen bucco-dentaire sont proposées aux jeunes enfants, en lien avec la consultation médicale. C'est en réalisant la difficulté qu'éprouvent certaines familles à se rendre chez un dentiste que cette consultation a été créée. Ici, le dentiste n'est pas en blouse dans un lieu « technique » mais accueille la famille dans la salle d'attente, ce qui facilite les échanges. À la demande des parents, le praticien peut examiner la bouche de l'enfant dans le cabinet médical du centre de PMI, lieu familial et plus intime que la salle d'attente. En allant ainsi à la rencontre des familles, celles-ci bénéficient d'une expertise dentaire sans être confrontées immédiatement aux soins. Cet aspect rassurant permet à certaines personnes de modifier leur *a priori* négatif sur les dentistes (4) ; pour d'autres, l'absence de possibilité de soins sur place peut être ressentie comme une frustration. Le dentiste de santé publique, par sa

connaissance de l'offre de soins de proximité, peut aussi aider à orienter l'enfant dans le dispositif.

Pour l'équipe travaillant en PMI, la présence trimestrielle d'un dentiste référent contribue à légitimer leurs actions de prévention et les valorise. Cette démarche est en adéquation avec les échanges entre professionnels du colloque « petite enfance » (5), organisé conjointement en 2007 par le service de la PMI du conseil général du 94 et la société française des Acteurs de la santé publique bucco-dentaire (ASPBD), qui soulignaient l'importance de « *faire accompagner la mise en place des actions du projet d'établissement (des PMI) par un référent extérieur ...* ».

La prévention pendant la petite enfance suit ainsi le modèle global dans lequel les professionnels de santé travaillent en collaboration dans un système interdépendant avec la communauté.

**Colette Adam, Carole Adriaen,
Pascale Moulin-Birraux,
Cécile Bavay-Simon**

Chirurgiens-dentistes, service de santé bucco-dentaire, conseil général du Val-de-Marne, Créteil.

► Références bibliographiques

- (1) Hescot P., Rolland E. *La Santé dentaire en France, enfants de 6 et 12 ans*. Paris : UFSBD, 2006 : 84 p.
- (2) Bury J.-A. *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles : De Boeck-Université, coll. Savoirs et santé, 1988 : 235 p.
- (3) Kawashita Y., Kitamura M., Saito T. Early childhood caries. *International Journal of Dentistry*, 2011 : 725320. Epub 2011, oct. 2010.
- (4) *Étude des impacts des actions de prévention bucco-dentaire*. Rapport final, novembre 2009. Document du conseil général du Val-de-Marne.
- (5) *Colloque petite enfance et santé bucco-dentaire : « Quelles pratiques de prévention de la grossesse à l'âge de 6 ans ? »*. Actes plénières et ateliers, Créteil, 24 mai 2007. Document du conseil général du Val-de-Marne/ASPBD.

Promotion de la santé orale : quelles interventions efficaces en milieu scolaire ?

En prévention de la carie dentaire, les interventions en milieu scolaire peuvent être très efficaces, comme le démontre la littérature scientifique internationale. Ces interventions doivent être pluridisciplinaires, conjuguer brossage au fluor et nutrition adaptée, et travailler sur une évolution favorable des conditions de vie et de l'environnement. Les professionnels doivent travailler ensemble auprès des enfants et des parents, mais en l'absence de coordination sur le terrain ou de planification appropriée, il a été montré que les actions ponctuelles d'information ou d'éducation pour la santé ne permettaient pas d'améliorer la santé bucco-dentaire des enfants à long terme.



En prévention de la carie dentaire, les interventions efficaces applicables notamment en milieu scolaire sont bien connues. L'effet de ces interventions a été évalué lors d'études cliniques comparant l'incidence de la carie dentaire dans les groupes traités et contrôles.

Interventions de prévention

Il apparaît que les mesures basées sur un apport quotidien en fluor topique, par le biais notamment des dentifrices, sont efficaces (1, 2). Après deux ans, on constate 26 % de caries en moins chez les enfants ayant reçu un

apport de fluor topique comparative-ment au groupe contrôle. Les programmes scolaires qui assurent un apport en fluor topique (brossage ou rinçage avec des produits fluorés) sont donc efficaces à condition d'être appliqués quotidiennement et d'être ciblés sur des enfants à haut risque.

Une expérience menée en Écosse dans des écoles socialement défavorisées a ainsi montré que le brossage des dents avec dentifrice fluoré avait un effet positif avec un écart d'incidence de 56 % sur deux ans entre les enfants des classes tests et témoins (3).

Certains « traitements » préventifs, réalisés en milieu scolaire par un chirurgien-dentiste (applications de vernis fluorés, scellements de sillons) peuvent aussi être mis en œuvre. Toutefois, ils restent marginaux en France (4, 5).

Les études montrent que les enfants dont les molaires ont bénéficié d'un scellement de sillons ont, trois ans après, 30 % de caries en moins que les autres (4). Le coût des scellements est élevé puisque leur pose implique l'intervention de dentistes ; néanmoins, les expériences en milieu scolaire donnent des résultats positifs pour les enfants à haut risque (6).

Les résultats sont eux aussi encourageants pour les vernis fluorés qui réduisent de près de 40 % le risque de caries (5).

Un programme mené auprès de communautés aborigènes a montré l'intérêt des vernis fluorés chez les jeunes enfants en association avec des actions d'éducation à la santé. Après deux ans, les enfants du groupe traité avaient en moyenne trois surfaces dentaires atteintes de moins que les enfants du groupe contrôle (7).

Actions d'éducation pour la santé

Alors que l'efficacité de certaines stratégies préventives est reconnue, la majorité des interventions menées en milieu scolaire consiste en des actions d'information ou d'éducation pour la santé souvent isolées et ponctuelles. Comme le démontrent les revues de littérature sur le sujet, les séances d'information n'ont pourtant pas d'impact direct sur l'inci-

dence des caries (8). Elles permettent au mieux d'améliorer le niveau de connaissance des enfants.

L'éducation pour la santé correspond à une démarche plus complète ayant pour objectif de renforcer les capacités d'action personnelles des enfants sur leur santé. Avec un programme d'éducation à la santé, une évolution favorable des habitudes d'hygiène bucco-dentaire peut être obtenue. Cependant, une amélioration à long terme de l'hygiène susceptible d'aboutir ensuite à une réduction du risque de carie est plus difficile à démontrer. En effet, l'impact des interventions éducatives en promotion de la santé orale est complexe à évaluer notamment du fait de l'origine multifactorielle des maladies bucco-dentaires (9).

L'effet des actions d'éducation à la santé peut être amélioré et pérennisé en impliquant l'entourage de l'enfant. Ainsi, la participation de la communauté éducative et des parents est nécessaire pour garantir une meilleure acceptabilité et donc une plus grande efficacité. La mise en place de stratégies efficaces de promotion de la santé orale implique également de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé. En effet, les interventions visant à changer les comportements ne peuvent être efficaces sans une évolution favorable des conditions de vie et de l'environnement. De même, la maladie carieuse partage avec d'autres maladies chroniques des facteurs de risque communs tels qu'une alimentation trop riche en sucres. Les interventions pluridisciplinaires axées sur le contrôle de ces facteurs de risque communs doivent



donc être privilégiées afin d'optimiser l'effet en terme de santé. Ainsi, certaines décisions, d'ordre politique, telles que l'interdiction des distributeurs de boissons sucrées en milieu scolaire participent à la promotion de la santé orale (10).

Combiner les approches

En définitive, le recours à des stratégies efficaces bien déterminées permet de prévenir la carie dentaire, notamment dans les groupes à risque. Toutefois, ces stratégies doivent être intégrées dans une démarche plus large de promotion de la santé orale. Acteurs publics, équipe édu-

cative, professionnels, etc., se doivent donc de travailler ensemble auprès des enfants et des parents pour une promotion de la santé bucco-dentaire efficace. La combinaison de différentes actions, construites sur le long terme, peut alors donner aux populations visées les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.

Stéphanie Tubert-Jeannin

Professeur d'université,
Santé publique odontologique
UFR d'Odontologie, Clermont-Ferrand.

► Références bibliographiques

- (1) Marinho V.C.C., Higgins J.P.T., Logan S., Sheiham A. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, n° 3. Art. n° CD002284.
- (2) Marinho V.C.C., Higgins J.P.T., Logan S., Sheiham A. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, n° 1. Art. n° CD002278.
- (3) Curnow M.M., Pine C.M., Burnside G., Nicholson J.A., Chesters R.K., Huntington E. A randomised controlled trial of the efficacy of supervised toothbrushing in high-caries-risk children. *Caries Research*, 2002, vol. 36, n° 4 : p. 294-300.
- (4) Ahovuo-Saloranta A., Hiiri A., Nordblad A., Mäkelä M., Worthington H.V. Pit and fissure

- sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, n° 4. Art. n° CD001830.
- (5) Marinho V.C.C., Higgins J.P.T., Logan S., Sheiham A. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, n° 1. Art. n° CD002279.
- (6) Tagliaferro E.P., Pardi V., Ambrosano G.M., Meneghim Mde C., da Silva S.R., Pereira A.C. Occlusal caries prevention in high and low risk schoolchildren. A clinical trial. *American Journal of Dentistry*, 2011, vol. 24, n° 2 : p. 109-114.
- (7) Slade G.D., Bailie R.S., Roberts-Thomson K., Leach A.J., Raye I., Endean C., et al. Effect of health promotion and fluoride varnish on dental caries among Australian Aboriginal children:

- results from a community-randomized controlled trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2011, vol. 39, n° 1 : p. 29-43.
- (8) Kay E.J., Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1996, vol. 24, n° 4 : p. 231-235.
- (9) Tubert-Jeannin S., Leger S., Manevy R. Addressing children's oral health inequalities: Caries experience before and after the implementation of an oral health promotion program. *Acta Odontologica Scandinavica (In press)*.
- (10) Watt R.G. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, vol. 83, n° 9 : p. 711-718.

Vingt ans d'action globale de santé scolaire dans le Val-de-Marne

Le département du Val-de-Marne est pionnier en matière de prévention bucco-dentaire en milieu scolaire (écoles primaires et collèges) ainsi que dans les crèches et centres de Protection maternelle et infantile. Ces actions de dépistage ont notamment pour objectif de faciliter l'accès des jeunes aux soins dentaires.

Depuis le début des années 1990, le département du Val-de-Marne a développé une politique de prévention bucco-dentaire et en a fait une priorité. La Mission bucco-dentaire, devenue aujourd'hui le service de Santé publique dentaire, s'était lancé le défi de sensibiliser chaque jeune Val-de-Marnais (de 0 à 18 ans) et sa famille aux bons comportements en matière de santé bucco-dentaire. Elle en est aujourd'hui à son troisième programme (2011-2016).

Outre les actions en direction de la petite enfance (crèches, centres de Protection maternelle infantile, etc.) pour sensibiliser les jeunes enfants et leurs parents, le service mène des actions à l'école primaire et dans les collèges. En effet, intervenir dans les lieux scolaires permet d'informer l'ensemble des enfants de façon égalitaire. Un travail de partenariat s'est imposé avec l'inspection académique pour travailler conjointement avec les personnels de santé scolaire. Le programme départemental de santé bucco-dentaire, qui comprenait prioritairement un volet de prévention primaire, s'est étoffé, en 1993, d'une convention avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), et l'ajout d'un volet de prévention secondaire auquel s'est associée, en 1996, l'inspection académique.

La promotion de la santé en faveur des élèves fait partie des missions fixées à l'Éducation nationale. Les infirmières effectuent des examens systématiques auprès des élèves de grande section de maternelle, de CM2, et de 5^e. Elles réalisent des actes de dépistage biométrique et sensoriel dont l'examen de la bouche fait partie. Elles ont donc la possibilité d'examiner l'état de santé bucco-dentaire des enfants, de détecter

d'éventuelles caries, de possibles malpositions des dents, etc.

Lorsqu'il y a nécessité d'une consultation chez le dentiste, les infirmières transmettent à la famille un document décrivant leurs constats et exposant leurs recommandations. Suivant les situations, elles s'appuient sur la secrétaire médicale et éventuellement les enseignants ou le directeur d'école pour vérifier que la famille a bien accès aux soins. Dans le Val-de-Marne, les infirmières bénéficient d'une formation initiale bucco-dentaire assurée par un pair, construite en collaboration avec un chirurgien-dentiste. Et leur formation continue est assurée par les dentistes du service de prévention bucco-dentaire du conseil général.

Dans le cadre du programme départemental, la prévention primaire repose essentiellement sur l'éducation pour la santé bucco-dentaire, avec la réalisation d'animations en classe (mise en place d'ateliers « brossage des dents » à l'école maternelle, ou de bains de bouche fluorés à l'école élémentaire...), ainsi que sur la formation des personnes « relais » de ce programme dont font partie les infirmières scolaires.

La prévention secondaire permet aux dentistes de santé publique du département :

- de dépister ;
- de développer une action de motivation pour le recours aux soins ;
- d'évaluer la prévalence carieuse des enfants examinés.

Pendant près de vingt ans, grâce aux deux camions de dépistage de la CPAM, les enfants qui présentaient des lésions carieuses bénéficiaient d'un dispositif leur permettant de s'adresser au praticien de leur choix pour la réalisation de soins, sans avance de frais. Avec la mise

en place du 3^e programme, le dépistage dans les camions dentaires a été supprimé, la CPAM estimant qu'il faisait doublon avec son programme national « M'T dents » mis en place quelques années plus tôt (invitant les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans à une consultation). En complément, le conseil général a conservé un dispositif de suivi (surveillance sanitaire) qui permet d'apprécier l'état de santé bucco-dentaire des enfants de CE1 sur le département. Dans le même temps, depuis 2011, les jeunes Val-de-Marnais qui utilisent l'examen bucco-dentaire gratuit, quel que soit leur âge, sont exempts d'avance de frais pour les soins qui en découlent.

L'école a une mission éducative, mais c'est aussi un lieu de vie qui peut être influent, notamment parce que l'enfant y passe une partie non négligeable de son temps. L'avantage de l'éducation pour la santé à l'école est d'avoir une action précoce qui est un des éléments d'efficacité de l'action de prévention et qui permet de sensibiliser l'ensemble des individus d'une classe d'âge déterminée. Le travail de partenariat permet d'ajouter aux compétences éducatives et pédagogiques des enseignants celles des infirmières scolaires et des chirurgiens-dentistes de santé publique.

Marie Benguigui

Docteur en chirurgie dentaire,
service de Santé publique bucco-dentaire,
conseil général du Val-de-Marne,

Érick Girault

Infirmier, conseiller technique départemental,
Inspection académique du Val-de-Marne,

Marion Morel

Docteur en chirurgie dentaire,
service de Santé publique bucco-dentaire,
conseil général du Val-de-Marne, Créteil.

La santé bucco-dentaire des enfants en nette amélioration

Le programme de prévention bucco-dentaire du Val-de-Marne évalue régulièrement la santé bucco-dentaire des enfants dans le département. Après vingt ans d'existence de ce dispositif, l'atteinte carieuse à 6 ans a été divisée par trois et par deux et demi à 12 ans. Mais il reste beaucoup à faire en direction des enfants et des adolescents, notamment lorsque des situations de précarité freinent l'accès aux soins.

Depuis sa mise en place en 1991, le programme de prévention bucco-dentaire auprès des enfants du Val-de-Marne a été évalué *via* un suivi épidémiologique régulier. Des enquêtes portant sur des échantillons de plus de mille enfants représentatifs du département ont été conduites.

Les résultats observés depuis vingt ans montrent une forte amélioration de l'état de santé bucco-dentaire des jeunes Val-de-Marnais. L'atteinte carieuse des 5-6 ans a ainsi été divisée par trois et par deux et demi à l'âge de 12 ans. En 2009-2010, plus de huit enfants sur dix étaient en bonne santé dentaire (82 % à 5-6 ans et 85 % à 12 ans). Les résultats observés

situent le département du Val-de-Marne au niveau des pays scandinaves où des programmes de prévention pour les enfants sont mis en place et suivis depuis longtemps. Cependant, l'impact direct du programme sur la santé bucco-dentaire des enfants et des adolescents est difficile à évaluer en l'absence de comparaison avec d'autres départements.

Tous les milieux sociaux ont bénéficié de l'amélioration de la santé bucco-dentaire. Pour autant, au regard des déterminants de la santé bucco-dentaire, les enfants issus des milieux les plus défavorisés restent les plus touchés par des problèmes dentaires non pris en charge.

Les études qualitatives qui ont été menées ont montré des profils de familles avec des représentations de la santé bucco-dentaire et des perceptions des messages de prévention très différentes, qui peuvent expliquer ces résultats. Cependant, le graphique ci-dessous montre que les écarts d'atteinte carieuse entre les enfants de milieux sociaux différents diminuent considérablement entre 1991 et 2010.

Le recours aux soins a aussi progressé de manière satisfaisante sur les

dents définitives. En effet, à l'âge de 12 ans, les deux tiers des dents cariées sont soignées.

Pour accroître l'efficacité du programme, plusieurs études sociologiques ont été menées. En 2009, une étude auprès des parents de jeunes enfants a montré la diversité de leur perception de l'hygiène bucco-dentaire. Ils utilisent trois registres pour expliquer à leurs enfants la nécessité du brossage : la santé, l'esthétique et le social. Si, pour la majorité d'entre eux l'hygiène et les soins bucco-dentaires représentent un enjeu de santé important, d'autres parents sont en revanche prêts à transiger. Ils estiment, par exemple, que le brossage n'est pas un acte que l'on réalise pour soi, et que l'hygiène bucco-dentaire n'est utile que pour améliorer la relation avec les autres. Ces représentations éloignées obligent à adopter les stratégies de prévention pour délivrer des messages plus adaptés.

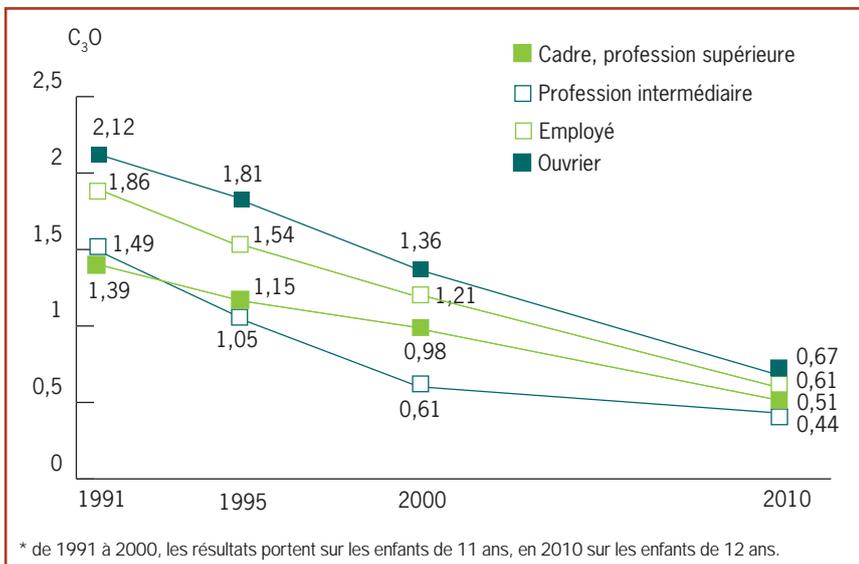
Une deuxième étude en 2009 a montré que pratiquement tous les collégiens et lycéens du Val-de-Marne (94 %) estiment que l'état de leurs dents est bon, voire très bon, et 92 % pensent qu'il est indispensable de faire soigner ses dents. Ils ont un bon niveau de connaissances sur le sujet, en dépit de quelques lacunes. Enfin, ils ont pris conscience du rôle qu'ils ont à jouer pour préserver leur santé bucco-dentaire. Un relâchement des comportements préventifs en lien avec leur autonomisation a cependant été constaté.

Les résultats de ces études justifient la poursuite du programme. Une augmentation de son efficacité passe sans doute par une réduction du phénomène observé de renoncement aux soins pour les familles en situation de précarité et dans lesquelles l'état de santé bucco-dentaire des enfants est le plus préoccupant.

Ariane Éid

Docteur en chirurgie dentaire, service de Santé publique dentaire, conseil général du Val-de-Marne, Créteil.

Grafiqne 1. Évolution du nombre moyen de dents définitives cariées et obturées par enfant, à 11 et 12 ans* selon la catégorie socio-professionnelle du père



Promouvoir la santé bucco-dentaire des enfants en Seine-Saint-Denis

En Seine-Saint-Denis, un programme de prévention bucco-dentaire visant à l'amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants, piloté par le conseil général, forme les professionnels de l'éducation, de la santé et du social. Des séances d'éducation pour la santé avec notamment des séances de brossage quotidien en maternelle et cours préparatoire sont organisées dans les lieux d'accueil des enfants. De nombreux défis sont aujourd'hui à relever et l'action doit s'intégrer dans le schéma proposé par les instances régionales.

La promotion de la santé bucco-dentaire des enfants en Seine-Saint-Denis a été initiée il y a plus de vingt-cinq ans. Le programme départemental de prévention bucco-dentaire développe des actions d'éducation pour la santé ; il est mis en œuvre dans les crèches, centres de protection maternelle et infantile, écoles maternelles et élémentaires, centres de loisirs. Il est né de la volonté du ministre de la Santé, Jack Ralite (1983), et des élus du département (1984) quand cette problématique ne constituait pas encore une priorité au niveau national, constituant ainsi un des premiers programmes de stratégie collective à une telle échelle. Il a inspiré celui du conseil général du Val-de-Marne.

Initialement, ce dispositif était financé en totalité par le conseil général (subvention annuelle contribuant à la prise en charge des personnels, matériels d'hygiène bucco-dentaire et supports pédagogiques) et les villes signataires d'une convention de partenariat (rémunération du personnel municipal). Aujourd'hui, il est soutenu financièrement par l'Assurance maladie dans le cadre de l'accompagnement au dispositif M'T dents pour les élèves de CP, et par l'agence régionale de santé dans le cadre de la labellisation Arcade¹.

Un dispositif à l'échelon départemental

En 1984, les résultats d'une étude épidémiologique² menée sur le département de Seine-Saint-Denis montraient que près de 73 % des enfants de 11 ans n'étaient pas en bonne santé bucco-dentaire (avec cinq dents cariées en moyenne et deux tiers des dents infectées non soignées) ; 34 % d'entre eux étaient atteints de caries dès l'âge de 3 ans et

90 % à 9 ans. Partant de cette situation très alarmante, des moyens financiers, logistiques et humains ont été mobilisés pour faire reculer la prévalence carieuse chez les enfants.

Les actions auprès des enfants reposent depuis cette période sur les quatre piliers de la prévention bucco-dentaire : hygiène bucco-dentaire, alimentation, visite régulière chez le dentiste, fluor ; le tout s'appuyant sur la stratégie d'éducation pour la santé visant à rendre l'enfant acteur de sa propre santé bucco-dentaire. Chaque fois que cela est possible, les parents sont impliqués afin de renforcer la cohérence des messages éducatifs des professionnels. La déclinaison de ces actions est assurée par les animateurs de prévention des équipes techniques locales (ETL), formés par le conseil général. La formation consiste à leur donner un bagage minimal nécessaire pour assurer une animation en éducation pour la santé adaptée à l'âge de l'enfant³.

Concrètement, pour l'action d'apprentissage du brossage des dents par exemple, l'animateur aide l'enfant à mieux connaître sa cavité buccale en abordant les principales fonctions (manger, sourire, parler), puis le familiarise à la technique du brossage et lui donne des conseils concernant la prise d'aliments. À la suite de cette première séance, l'enfant, lors des différentes activités scolaires ou de loisirs, retransmet sur différents supports les messages de prévention qu'il a reçus. À partir de la grande section de maternelle (à l'âge de 5 ans), des séances de brossage dentaire sont organisées à la pause méridienne, encadrées par les animateurs de cantines et les enseignants, et en centre de loisirs par les animateurs de centre. Ce personnel bénéficie d'une for-

mation assurée par le conseil général.

En 1992, après huit ans de mise en œuvre du programme, une seconde étude⁴ a témoigné de l'amélioration de la situation : près de 73 % des enfants avaient un bon état bucco-dentaire ; toutefois, les atteintes carieuses se resserrent sur certaines catégories d'enfants, notamment dans les zones défavorisées, et près d'un quart des enfants n'avait pas eu accès aux soins.

Le programme est piloté et coordonné au niveau du conseil général, en articulation avec deux partenaires institutionnels majeurs : la caisse primaire d'Assurance maladie et l'inspection académique, et, au niveau opérationnel au sein d'un partenariat avec les villes. Pilotage et coordination sont assurés par une équipe composée de trois chirurgiens-dentistes et un secrétariat⁵. Les ETL sont constituées au minimum d'un responsable, d'un référent administratif et d'un agent opérationnel, tous salariés de la ville. Trente-deux des quarante villes du département participent actuellement au programme : ce sont donc près de 90 % des enfants répartis sur le territoire qui en bénéficient. Ces villes participent également, sous le pilotage du conseil général, à l'accueil et à l'encadrement des étudiants stagiaires en chirurgie dentaire (universités Paris 5 et 7) et des élèves des instituts de formation des infirmiers (Ifsi), avec pour objectif de sensibiliser ces futurs professionnels à l'approche santé publique bucco-dentaire dans leurs pratiques.

La mobilisation des partenaires : acteurs relais

L'implication d'acteurs de différents profils et ayant bénéficié d'une formation multiprofessionnelle a été la démarche « innovante » du programme. Il a fallu

mobiliser bien au-delà des seuls milieux de la santé afin d'aller à la rencontre des enfants sur leurs lieux de vie, dès leur plus jeune âge, mais également de leurs parents et de l'ensemble des adultes accompagnants (enseignants, éducateurs de jeunes enfants, assistantes maternelles, etc.). Ceci afin de situer l'action en amont de la maladie dentaire, d'éduquer l'enfant plutôt que de porter l'effort sur le dépistage.

Résultats

À titre d'exemple, nous disposons pour les actions d'animation et d'apprentissage au brossage des dents de deux indicateurs afin d'estimer l'impact du programme :

- le taux de couverture (rapport entre le nombre d'enfants bénéficiaires de l'action et le nombre total d'enfants scolarisés) qui permet d'estimer l'impact du programme sur les enfants du département. En 2010, il est de 44 % pour les enfants de grande section de maternelle et de 96 % pour les CP ;
- le taux de réalisation (rapport entre le nombre d'enfants bénéficiaires et le nombre d'enfants ciblés par la ville au début de chaque année scolaire en fonction du temps prévu pour ces activités et du personnel disponible). En 2010, il est de 65 % pour les grandes sections de maternelle et de 100 % pour les CP.

L'action de brossage des dents quotidien pendant la pause méridienne est tout à fait intéressante du fait de sa cohérence avec les actions d'éducation à la santé en classe. Ces dernières, plus complexes à mettre en œuvre, ont néanmoins bénéficié, en 2010, à environ un quart des enfants scolarisés en maternelle et en CP, soit près de douze mille enfants.

Un bilan sans cesse fragilisé

Ce bilan, certes favorable, est fragilisé par :

- un contexte socio-économique extrêmement difficile pour les populations, qui rend difficile leur mobilisation et leur implication dans les actions ;
- une absence d'éléments d'évaluation permettant de constituer un référentiel pour les évolutions souhaitables et la mise en exergue des actions susceptibles d'accroître les performances du programme (en termes d'amélioration de qualité des actions et donc de celle de la santé bucco-dentaire des enfants) ;
- un *turn-over* relativement important des équipes opérationnelles dont la motivation et l'implication dans la durée doi-

vent en permanence être renforcées et soutenues par le conseil général ;

- une absence de garanties de pérennisation compte tenu des modèles de financement des projets de prévention par appel à projets annuel et des contraintes budgétaires qui pèsent sur les collectivités ;
- un déficit de structures de soins pour les enfants atteints de carie dentaire, qui fragilise les actions de prévention. Ainsi, acteurs et parents nous interrogent parfois sur le manque de cohérence entre le discours préventif prôné par le programme et le refus de certains dentistes de soigner les dents cariées des enfants, soit à cause de leur jeune âge, soit parce que ce sont des dents de lait appelées à être remplacées.

Perspectives

Les défis à relever par le programme dans les années à venir sont nombreux :

- construire un cahier des charges d'évaluation du programme dans un partenariat élargi (Association régionale de services Île-de-France [Arsif], CPAM, autres porteurs de programme au niveau de la région) ;
 - développer la formation des acteurs relais : notamment des acteurs sociaux comme les conseillères en économie sociale, les assistantes sociales, les référents familles des maisons de quartier, car ils sont en première ligne dans la prise en charge de populations de plus en plus précarisées ;
 - encourager le développement des réseaux locaux ; contribuer au décloisonnement à l'échelle de la ville des acteurs du champ sanitaire, entre eux et avec les acteurs du domaine social ;
 - favoriser le recours aux soins en contribuant à la promotion du dispositif M'T dents ;
 - développer de nouveaux supports d'éducation destinés aux enfants, aux parents, mais également aux professionnels ;
 - valoriser régulièrement les actions, à l'intérieur même du réseau du programme mais aussi au niveau régional, voire national. Partager les pratiques entre les acteurs de terrain. Poursuivre la mutualisation des expériences, dans le cadre du programme et au-delà (autres collectivités territoriales).
- Pour évoluer, le programme doit donc disposer d'un référentiel récent pouvant :
- donner un éclairage sur les résultats obtenus ;

- constituer un point à partir duquel peuvent se construire d'autres axes de travail.

En guise de conclusion, le caractère innovant du programme à ses débuts a largement été reconnu. Dans sa première phase, il a contribué à l'amélioration des indices carieux chez les enfants du département. Aujourd'hui, il est confronté à l'épreuve du temps avec les risques de lassitude des acteurs qui le portent. Il lui faut désormais relever de nombreux défis, notamment celui de s'intégrer dans le schéma bucco-dentaire plus large proposé par les instances régionales de l'ARS Île-de-France.

Paul Bissila

Chirurgien-dentiste, responsable du programme départemental de prévention bucco-dentaire,

Michèle Vincenti

Médecin chef du Bureau santé publique,

Rafik Allal, Bassam Abo Amer

Chirurgiens-dentistes, cadres-animateurs,

Christophe Debeugny

Médecin chef du Service de la prévention et des actions sanitaires, conseil général de Seine-Saint-Denis, Bobigny.

1. *Arcade (action régionale contre les atteintes dentaires des enfants) définit un label « I » pour les parents d'enfants de 0 à 2 ans et un label « IES » pour les enfants âgés de 3 à 12 ans. En partenariat avec l'Assurance maladie, Arcade assure le pilotage des actions d'accompagnement du dispositif M'T dents pour les enfants de 6 ans dans trente-deux villes du département.*

2. *Conseil général de la Seine-Saint-Denis. Résultats de l'enquête épidémiologique. Programme de prévention bucco-dentaire. Département de la Seine-Saint-Denis, Bobigny, 1984.*

3. *La formation se décompose en trois parties : formation théorique (présentation du programme dans son historique, sa structuration, ses partenariats, son financement, ses résultats, les notions d'anatomie dentaire, de physiopathologie, des méthodes et outils de prévention) ; mise en situation sur le terrain avec un animateur plus expérimenté ; accompagnement de l'animateur dans les écoles de sa ville. À cela s'ajoutent les rencontres et partages d'expériences organisés par le conseil général à partir des problématiques rencontrées par les ETL.*

4. *La santé bucco-dentaire en Seine-Saint-Denis. Évolution en huit ans chez les enfants de 11 ans. Direction de la prévention et de l'action sociale. Rapport d'études du conseil général de Seine-Saint-Denis, 1993 : p. 1-240.*

5. *Cette équipe assure également l'animation du réseau de partenaires du programme, organise la formation des professionnels, aide et accompagne les ETL dans la réalisation des actions, participe à la validation des projets locaux avec les ETL.*

6. *Iguenane J., d'Ivernois J.-F., Gagnayre R. Évaluation d'une formation multiprofessionnelle pour la prévention en santé bucco-dentaire en Seine-Saint-Denis. Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé, 1992, vol. 2, n° 4 : p. 260-266.*

7. *Multiprofessional Education of Health Personnel in the European Region. WHO, Regional Office for Europe, 1990. d'Ivernois J.-F., Vodratski V. WHO. Learning together to work together for health. Report of WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: the Team Approach. Technical Report Series, 1988, n° 769: p. 7.*

À Strasbourg, les soins dentaires se font aussi à l'école !

Strasbourg est l'une des seules villes de France à être dotée d'un service municipal de santé bucco-dentaire (centre de santé dentaire) qui dépiste systématiquement les enfants dans les écoles maternelles et primaires. Outre des cabinets dentaires installés dans les écoles, le service dispose d'une structure mobile pour la réalisation des soins : une réelle proximité avec les enfants et un partenariat concret avec les enseignants.

Inaugurée le 15 octobre 1902, la clinique dentaire scolaire de Strasbourg, devenue en 1991 le centre de santé dentaire, est une institution municipale originale et unique. Son promoteur, le professeur Jessen, ayant constaté dès 1897 que moins de 5 % des enfants d'âge scolaire possédaient une denture saine, a réussi à attirer l'attention des pouvoirs publics et à réunir les fonds nécessaires pour l'ouverture d'un établissement municipal qui prodiguait des soins dentaires totalement gratuits aux enfants des écoles.

L'institution, que la municipalité de l'époque a eu l'audace de créer et que les municipalités successives ont continué à entretenir depuis plus de cent ans, a suscité au moment de sa création un très vif mouvement de curiosité et d'intérêt scientifique. Un siècle plus tard, ses missions sont toujours d'assurer une veille et de promouvoir la santé bucco-dentaire des enfants scolarisés dans les écoles maternelles et primaires publiques de la ville.

Dépistage pour tous les enfants des écoles maternelles et primaires

Concrètement, un dépistage bucco-dentaire a lieu chaque année pour tous les enfants, dans chaque école. Durant l'année scolaire 2010-2011, 18 818 enfants ont ainsi été examinés et, globalement, tous âges confondus, 72 % des enfants présentaient une bouche saine, indemne de caries dentaires. Une analyse plus fine des données du dépistage montre une progression de la carie dentaire avec l'âge de l'enfant et met en évidence certaines inégalités de santé. Si 78 % des enfants des écoles maternelles présentent globalement une bouche

indemne de caries dentaires (avec des écarts allant de 91 % pour les quartiers résidentiels à 64 % pour les quartiers défavorisés), cette proportion baisse à 69 % pour les enfants des écoles primaires (avec des écarts de 81 % à 58 % selon les quartiers).

Des soins et de la prévention dans les écoles pendant le temps scolaire

Les enfants des écoles primaires qui sont porteurs de caries sont pris en charge par le centre de santé lorsque les parents ont signé l'autorisation de soins. Ils sont soignés pendant les horaires scolaires, sans la présence de leurs parents, dans l'un des cinq cabinets dentaires installés dans les écoles ou dans le cabinet dentaire mobile du centre de santé¹.

Les soins dentaires sont proposés en priorité aux enfants scolarisés dans les vingt-cinq écoles primaires des quartiers les plus défavorisés. En 2010-2011, 39 % des enfants porteurs de caries dentaires, soit 912 enfants, ont été soignés par les chirurgiens-dentistes du centre, dont l'ambition n'est pas de soigner tous les enfants ou de se substituer au secteur libéral, mais d'offrir une opportunité de soins à des enfants dont les familles se trouvent en situation de grande vulnérabilité économique et sociale.

Le nombre de praticiens exerçant au sein du centre (trois chirurgiens-dentistes pour toute la ville) ne permet malheureusement pas une prise en charge des soins dentaires des enfants des écoles maternelles selon le même fonctionnement : les parents sont invités à prendre rendez-vous et à accom-

pagner leur enfant au cabinet dentaire de l'école la plus proche. Cette démarche un peu plus active demandée aux parents, bien que très positive (les jeunes enfants sont rassurés par la présence de leurs parents, les praticiens peuvent motiver les parents à l'hygiène bucco-dentaire et à l'équilibre alimentaire), trouve aussi ses limites et le nombre d'enfants soignés est bien plus faible qu'en primaire. En 2010-2011, 153 enfants d'écoles maternelles (soit 10 % des enfants de cette tranche d'âge nécessitant des soins dentaires) ont été soignés au centre dentaire, certains étant âgés d'à peine deux ans !

Le recours au secteur libéral pour les soins dentaires, quel que soit l'âge de l'enfant, est difficile à mesurer mais il est une réalité pour de nombreuses familles. Cependant, un certain nombre de freins (méconnaissance des complications de la carie et de l'importance des soins dentaires sur denture temporaire, démission ou négligence vis-à-vis de soins dentaires jugés comme futiles ou traumatisants, occultation ou déni des problèmes, enfant jugé trop jeune pour des soins dentaires) limitent l'accès des enfants aux soins dentaires, et ce malgré les relances et la collaboration avec le service de santé scolaire et le service de Protection maternelle et infantile. Le signalement aux services sociaux est parfois nécessaire.

Conscients de l'importance de la prévention bucco-dentaire et de l'école comme lieu d'éducation et de sensibilisation, les praticiens et leurs assistants, en partenariat avec la faculté de chirurgie-dentaire de Strasbourg (étudiants de 6^e année en stage de santé publique), organisent des séances de prophylaxie

(animations avec matériel pédagogique sur le rôle et l'anatomie des dents, l'étiologie et l'évolution de la carie dentaire, la prévention de la carie avec des conseils d'hygiène bucco-dentaire et d'équilibre alimentaire notamment concernant les boissons sucrées, démonstration de brossage sur mâchoire géante et séance de brossage individuel au lavabo). Ils interviennent prioritairement dans les classes de CE1 et CM1 des quartiers défavorisés, mais également sur demande dans d'autres sections et d'autres écoles. Pendant l'année scolaire 2010-2011, ces séances ont concerné 4 272 enfants qui ont reçu un kit avec brosse à dents et dentifrice. Certaines écoles maternelles et quelques crèches ont opté pour un brossage quotidien des dents après le repas (490 enfants concernés), mais cette initiative a bien du mal à se généraliser : manque d'intérêt et de motivation du personnel encadrant, moyens humains insuffisants, locaux sanitaires mal ou peu adaptés.

Prise en charge globale de la santé dentaire des enfants

Les atouts du centre de santé dentaire résident dans sa démarche de prise en charge globale de la santé dentaire des enfants (prévention, dépistage, soins), dans sa présence au sein même des écoles, dans son partenariat de longue date avec le corps enseignant et dans sa volonté de réduire les inégalités en offrant des soins dentaires à tous les enfants et particulièrement aux enfants issus de familles de bas niveau socio-économique (pratique du tiers payant avec prise en charge du ticket modérateur par la collectivité). La compétence et la disponibilité des praticiens suscitent une mise en confiance des enfants, même très jeunes ou peu coopérants vis-à-vis des soins dentaires, et un encouragement pour une prise en charge ultérieure des soins par le secteur libéral.

Malgré toutes les actions et toutes les stratégies mises en place depuis des décennies, de nombreux écueils persistent. À l'école primaire, on observe depuis dix ans une faible réduction de la proportion d'enfants porteurs de caries non soignées (30 %). Dans les quartiers défavorisés, les progrès sont laborieux : les habitudes de brossage sont difficiles à mettre en place, l'alimentation est souvent déséquilibrée et



les inégalités sociales et économiques demeurent. Les messages de prévention atteignent globalement peu les parents (les contacts avec les chirurgiens-dentistes du centre sont peu fréquents puisque le dépistage dentaire, les soins des enfants des écoles primaires se font sans les parents, et les réunions « santé » organisées à leur intention par les professionnels ont peu de succès), mais dans les familles de faible niveau socio-économique, l'adoption de comportements est difficile à obtenir, les parents n'ayant pas les moyens de devenir véritablement acteurs de la santé dentaire de leurs enfants.

Pour améliorer la santé bucco-dentaire des enfants, plusieurs mesures pourraient être efficaces : la sensibilisation des professionnels d'autres services municipaux (famille et petite enfance, accueil et vie scolaire) à la prévention de la carie dentaire ; la mise en place de relais d'informations (assistantes maternelles, personnels des crèches et des garderies) vers les parents de très jeunes enfants avec des messages sur l'hygiène bucco-dentaire et l'utilisation de dentifrice au fluor ; l'adoption d'une alimentation plus équilibrée. Une autre piste d'action serait la généralisation du brossage des dents dans les écoles maternelles, les garderies, crèches et jardins d'enfants dans le but d'appréhender le brossage

des dents après le repas comme une habitude de vie nécessaire.

Une meilleure santé dentaire à Strasbourg passera, d'une part, par l'élaboration de programmes de prévention à destination de très jeunes enfants (programmes ciblés sur la rencontre et l'information des parents afin qu'ils acquièrent des compétences et des moyens pour un comportement favorable à la santé dentaire de leurs enfants) et, d'autre part, par la mise en œuvre de politiques de réduction des inégalités de santé, telles qu'elles ont été définies dans le contrat local de santé que le maire de Strasbourg a signé récemment avec ses partenaires : le directeur général de l'agence régionale de santé, le préfet, le recteur d'académie et le président du régime local d'Assurance maladie.

Dominique Pflieger

Chirurgien-dentiste,
coordinatrice du centre de santé dentaire,
Ville de Strasbourg.

1. L'assistante dentaire vient chercher les enfants en classe lorsque le cabinet dentaire est dans l'école. Si l'école est dépourvue de cabinet dentaire, les enfants sont transportés jusqu'au cabinet dentaire de l'école la plus proche en minibus par le chauffeur du centre.

Grenoble : un programme bucco-dentaire renforcé dans les quartiers défavorisés

À Grenoble, un programme de dépistage et d'accès aux soins bucco-dentaires a été mis en place dans les établissements scolaires. Depuis 2006, ce dispositif a été renforcé dans les écoles situées dans les quartiers défavorisés. Le programme s'est notamment enrichi d'un accompagnement individualisé des familles pour rendre effectif l'accès aux soins dentaires de leurs enfants.

À Grenoble, l'action municipale consacrée à la santé des enfants est mise en place dès 1924 par la création du service municipal de santé scolaire. Ce service intervient aujourd'hui auprès des treize mille enfants scolarisés de la petite section de maternelle au CM2, dont 30 % dans les écoles des quartiers Zus (zone urbaine sensible). Il est constitué de cinq équipes comprenant des médecins, des infirmières, des assistantes sociales et des secrétaires médico-sociales, répartis sur cinq territoires. Il est complété par une équipe bucco-dentaire (chirurgien-dentiste et assistante dentaire) et une équipe d'éducateurs physiques spécialisés, agissant sur l'ensemble du territoire grenoblois. Ses missions sont régies par des conventions de la ville avec l'Éducation nationale et le conseil général.

Les données recueillies par le service municipal de santé scolaire montrent de fortes disparités entre les écoles des quartiers Zus et hors Zus. L'état bucco-dentaire apparaît notamment comme un marqueur social précoce et révélateur d'inégalités sociales de santé : 35 % des enfants de grande section de maternelle en Zus nécessitent des soins dentaires (ou présentent au moins une carie non soignée) contre 15 % hors Zus (selon les derniers chiffres disponibles, concernant 2005-2006).

Action renforcée dans les quartiers défavorisés

Face à ce constat, le service de santé scolaire de la ville de Grenoble a, en septembre 2006, développé son dispo-

sitif dans les écoles en Zus¹ : renforcement des interventions de dépistage et de suivi du chirurgien-dentiste, et mise en place d'actions systématiques d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire. Les dépistages dentaires systématiques, réalisés auparavant auprès de tous les enfants de la ville en classe de grande section et de CM2, ont été élargis avec l'appui d'une assistante dentaire aux classes de CP et de CM1 des écoles situées en Zus ; un suivi en CE1 est également réalisé auprès des enfants ayant été dépistés avec des caries l'année précédente. Le recrutement de l'assistante dentaire a permis d'élaborer des outils de suivi, d'assurer l'accompagnement individualisé vers les soins et de mettre en place des actions d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire.

Du dépistage aux soins effectifs : un pas vers l'accès aux soins

Les parents sont informés des dépistages bucco-dentaires par lettre remise *via* l'enseignant. Ce dépistage est réalisé au sein de l'école par le chirurgien-dentiste accompagné, dans les quartiers prioritaires, de l'assistante dentaire. Le résultat est transmis aux parents. Il est aussi inséré, selon l'état dentaire, dans le dossier médical scolaire pour le suivi de l'enfant de la grande section de maternelle au CM2 en Zus.

Quand l'enfant présente une atteinte carieuse importante, les parents en sont avisés afin de consulter très rapidement un chirurgien-dentiste. Si l'entrée dans les soins n'est pas effectuée, l'assistante dentaire contacte la famille et, avec son

accord, met en place un accompagnement individualisé : elle motive les parents pour la mise en œuvre des soins et prend éventuellement rendez-vous avec un chirurgien-dentiste libéral. Elle fait le lien avec les assistantes sociales scolaires et les chirurgiens-dentistes pour s'assurer de l'effectivité des soins, toujours avec l'accord de la famille.

Pour les enfants dépistés avec un « syndrome du biberon » (dû à une utilisation inconsidérée de biberons sucrés) qui se caractérise par l'apparition précoce de nombreuses caries et peut s'accompagner d'une destruction dentaire majeure, l'assistante dentaire soutient la famille dans les démarches administratives et l'accompagne au CHU lors des premières consultations ; si nécessaire, l'enfant bénéficie d'une intervention chirurgicale. Un suivi rapproché est ensuite mis en place chez le chirurgien-dentiste, avec une incitation forte pour l'adoption d'une alimentation équilibrée en diminuant les sucres. L'assistante dentaire rencontre au moins à cinq reprises la famille. En 2010-2011, cent soixante et une familles ont ainsi été rencontrées individuellement pour l'accès et la réalisation des soins.

De l'éducation à la santé bucco-dentaire dès la maternelle

Depuis l'année scolaire 2006-2007, des séances d'éducation à la santé bucco-dentaire sont préparées et mises en place avec les enseignants en maternelle et au CP. Sont expliqués : la vie de la dent, l'importance d'un petit déjeu-

ner équilibré et d'un seul goûter par jour, le rôle néfaste des sucreries. Un brossage individuel des dents pour chaque enfant est réalisé avec l'aide de quelques parents de la classe concernée. Par ailleurs, dans le cadre de ces séances, un petit déjeuner équilibré réunissant assistante dentaire, parents, enfants, enseignants et agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles (Atsem) peut également être mis en place à la demande des établissements scolaires ; dans ce cadre, une séance de brossage individualisé est également organisée.

En 2010-2011, quarante et une interventions de l'assistante dentaire ont permis de sensibiliser environ mille enfants de maternelle et de CP au brossage des dents et à l'hygiène bucco-dentaire. Cent quarante parents ont été sensibilisés lors de petits déjeuners à l'école, et cinquante autres rencontrés de manière individuelle par l'assistante dentaire.

Extension du dispositif : création de liens transversaux au niveau de la ville

Des liens se sont tissés entre le service municipal de santé scolaire et d'autres acteurs locaux : un comité technique de santé bucco-dentaire a été créé dans le cadre de l'atelier « santé-ville » ; la prévention précoce se développe, en lien avec l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD), dans le cadre de la campagne « MT dents ». Par ailleurs, les professionnels de la petite enfance² ont été sensibilisés et formés au syndrome du biberon. L'accès aux soins s'améliore grâce aux partenariats mis en place avec l'agence régionale de santé, la caisse primaire d'Assurance maladie, le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes, le syndicat des chirurgiens-dentistes, l'UFSBD, le service de stomatologie du CHU, le conseil général, les cliniques dentaires, les chirurgiens-dentistes libéraux, etc.

Points forts du dispositif

L'ensemble du dispositif mis en œuvre à Grenoble améliore l'état de santé bucco-dentaire des enfants en Zus et réduit les écarts avec les enfants hors Zus : ainsi, sur cent quatre-vingt-un enfants de CP, CE1 et CM2 porteurs de caries en 2006-2007 qui ont fait l'objet d'un suivi en 2007-2008, près de la

moitié (soit 47 %) est entrée en soins avant fin 2008. Par ailleurs, en 2011-2012, sur les quatre-vingt enfants présentant un syndrome du biberon, quarante-quatre sont rentrés en soins. L'accès aux soins des enfants des quartiers prioritaires est donc effectif ; l'écart se réduit entre les zones sensibles et le reste de la ville, mais cela nécessite un important investissement.

Les actions de dépistage et de prévention au sein des écoles sont bien perçues par les enseignants et les parents. À la demande des enseignants, les actions d'éducation pour la santé ont été étendues à de nouvelles classes, de manière plus transversale avec la participation d'autres acteurs de la santé et du social. Le dispositif de suivi s'est amélioré du fait de la mobilisation des équipes de santé scolaire. L'accès aux soins est devenu une priorité du service de santé scolaire.

Difficultés persistantes

Ce projet est financé dans le cadre du dispositif de réussite éducative, ce qui fragilise l'action (en effet, le financement doit être reconduit d'année en année).

L'assistante dentaire connaît des difficultés pour obtenir l'adhésion de certains parents à la démarche de soins. Par ailleurs, en matière de prévention, les parents éprouvent une gêne à dire non à leur enfant, en particulier dans le domaine de l'alimentation (sucreries). Changer les habitudes alimentaires reste très complexe.

Les abandons de soins sont fréquents. Les difficultés d'accès aux soins pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) sont réelles. Les soins sont parfois également administrés avec retard, du fait de leur complexité et de la faible proportion de chirurgiens-dentistes soignant les dents temporaires. Aussi, il est fondamental que l'accompagnement aux soins se poursuive dans la durée, notamment pour les syndromes du biberon.

Conclusion

Le dépistage précoce dans les écoles grenobloises situées en Zus met en évidence des situations préoccupantes qui ne trouvent pas toujours de réponses adéquates dans le système de soins. Toutefois, un accompagnement indivi-

dualisé, nécessitant un investissement important, permet à ces enfants d'accéder aux soins. Pour ce faire, une implication croissante des professionnels est nécessaire. Il s'agit de préserver ce capital santé qui « conditionne la situation sanitaire, économique et sociale de demain »³. Ainsi, dans le plan municipal de santé de la ville de Grenoble, l'accès aux soins dentaires de tous les enfants est l'une des actions prioritaires mobilisant l'ensemble des professionnels de la santé scolaire.

Simone Bousuges

Médecin conseiller technique,

Christiane Brun

Assistante dentaire,

service de santé scolaire,

direction Santé publique et

environnementale, Ville de Grenoble.

1. Dans le cadre du dispositif de réussite éducative du contrat urbain de cohésion sociale (Cucs).

2. Crèches, école de sages-femmes, médecins et infirmières de PMI, médecins généralistes ou pédiatres, infirmières de l'Éducation nationale.

3. Bohl I. Santé de l'enfant et de l'adolescent : prises en charge. Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins, octobre 2011. Disponible en ligne : <http://www.conseil-national.medecin.fr>

Bibliographie

- La carie dentaire, symptôme des inégalités sociales et territoriales. *La gazette des communes*, janvier 2012, n° 2109 : p. 27.
- Bousuges S., Brun C. Bilan d'une action de prévention et de suivi des caries dentaires dans les écoles en zone urbaine sensible à Grenoble. 11^e journées de santé dentaire publique du Québec.
- Khadra-Éid J. Élaboration d'une grille de dépistage des enfants à risque du syndrome du biberon à disposition des médecins généralistes et des pédiatres. Thèse de médecine, juin 2011.
- Haute Autorité en santé. *Recommandations en santé publique. Stratégies de prévention de la carie dentaire*. Saint-Denis : HAS, mars 2010 (argumentaire : 180 p., synthèse et recommandations : 26 p.).
- Perrin F., Bousuges S., Marquet M., Brun C., Patois L. Dépistage et suivi des caries dentaires dans les écoles des quartiers prioritaires de Grenoble. *Lettre en santé publique bucco-dentaire, bulletin de la société française des Acteurs de santé publique bucco-dentaire*, 2009, n° 2 : p. 2-4. En ligne : aspbd.free.fr/IMG/pdf/lettrejuin20091.pdf

Département du Gard : information et examen dentaire dans les classes de CP

Dans le département du Gard, le service dentaire du conseil général fait de la prévention, essentiellement dans les classes de CP. Un chirurgien-dentiste effectue des séances d'information puis procède à un examen dentaire de chaque enfant. Quand il détecte une nécessité de soins, il en informe les parents. Les personnels des PMI sont également sensibilisés à la prévention.

Le service dentaire du département du Gard a été créé en 1945, en même temps que la PMI, permettant aux enfants scolarisés dans les écoles de Nîmes de bénéficier d'un dépistage dentaire éventuellement suivi de soins en dispensaire. Plus de soixante ans après, le conseil général du Gard a gardé un service bucco-dentaire, qui n'est pas une compétence obligatoire de cette collectivité. Actuellement, un chirurgien-dentiste et une secrétaire à temps partiel travaillent à la mise en œuvre du dispositif de prévention – couplé avec le programme « M'T dents » de la CPAM (*lire les autres articles de ce dossier pour ce dispositif*). Le dentiste se rend dans un certain nombre d'établissements scolaires pour informer les élèves de CP et procéder à un examen bucco-dentaire de chaque enfant. Sur l'année scolaire 2011-2012, 2 500 élèves seront ainsi vus, informés et examinés, dans 145 classes de 95 écoles. Le choix des écoles est effectué par la CPAM, en lien avec l'action « M'T dents ». Sont privilégiées les écoles où les besoins sont les plus importants (en fonction du nombre de caries, des problèmes d'orthodontie et de la nécessité de soins constatés dans un premier temps chez les enfants). Plusieurs sections de maternelles sont également incluses dans le dispositif. Le dentiste intervient pendant une heure dans les classes de CP et axe son information sur les messages suivants : importance de la dent à 6 ans (âge moyen des enfants de ces classes), intérêt d'une bonne alimentation, d'une bonne hygiène dentaire, du fluor, de la visite chez le dentiste. Pour sensibiliser les enfants, elle dispose d'une panoplie d'outils pédagogiques¹. Son intervention se termine par un examen den-

taire de chaque élève. Un imprimé portant résultat de l'examen est ensuite remis aux parents pour information, par l'intermédiaire de leur enfant. Même procédure pour les écoles maternelles où la séance est plus courte (trente minutes). En 2010-2011, deux examens dentaires ont été réalisés à trois mois d'intervalle dans les mêmes classes, essentiellement dans des quartiers défavorisés, pour constater dans quelle mesure les informations aux parents sur la nécessité de soins étaient suivies d'effets. Ainsi, 2 374 enfants ont été vus deux fois. Il en résulte qu'au premier dépistage, 33 % des enfants avaient besoin d'au moins un soin, pourcentage chutant à 25 % au second examen. Environ 8 % de ces enfants avaient consulté entre temps, un chiffre faible qui montre toute la difficulté de concrétiser la prise en charge (entrée dans les soins) après le dépistage. Selon les écoles, le pourcentage d'enfants ayant besoin de consulter un dentiste rapidement pour caries ou orthodontie varie de 0 à 50 %. Ainsi, la moitié des enfants de grande section d'une école de la ZUP de Nîmes a besoin de soins, dont certains en urgence. Inversement, dans certaines classes uniques à petit effectif, en zone rurale et d'un niveau socio-économique plus favorable, le pourcentage est parfois proche de zéro. Le service bucco-dentaire du conseil général relève du même service que la PMI. De ce fait, les chirurgiens-dentistes ont pu sensibiliser les médecins, infirmières, puéricultrices et sages-femmes aux problèmes bucco-dentaires des

enfants : la carie résultant du syndrome du biberon, les caries précoces, les malpositions dentaires, l'hygiène dentaire et alimentaire. Le travail en réseau permet en particulier de tenir aux parents un même discours. Ainsi, au cours des consultations médicales et des interventions auprès des parents, ces professionnels des PMI relaient le message de prévention dentaire ; lors des examens de santé (nourrissons, 3 ans, 4 ans), ils sont amenés à faire ouvrir la bouche des enfants et conseillent une consultation dentaire dès le premier doute. D'une manière générale, ces dernières décennies, nous avons constaté – comme ailleurs sur le territoire – une amélioration de la santé dentaire², le nombre d'enfants ayant des dents totalement saines augmentant régulièrement. En revanche, la plupart des enfants présentant une carie sont pluricariés (quatre à huit caries) et se trouvent dans des familles en difficulté socio-économique.

Marie-Hélène Ricard

Chirurgien-dentiste, service dentaire,
Direction de la petite enfance,
de l'enfance et de la famille,
conseil général du Gard, Nîmes.

1. Une grosse dent démontable, une grande mâchoire et une grande brosse, un grand livre sur la dent, une affiche, un DVD et plusieurs dépliants d'information.

2. Attribuable aux messages d'information, au fluor, à la disponibilité des dentistes pour soigner les enfants (et notamment au fait que les dents de lait ne sont plus systématiquement enlevées), à la lutte contre l'obésité et à bien d'autres facteurs.

Faute de soins, un risque de handicap à l'âge adulte

Chez les enfants, dès le plus jeune âge, l'absence de soins bucco-dentaires peut avoir des conséquences irréparables. Illustration avec le témoignage d'un chirurgien-dentiste qui fait de la prévention dans les classes : « Dans une école maternelle et primaire située dans un quartier défavorisé, j'ai procédé à un examen bucco-dentaire de tous les enfants. Environ la moitié des quatre-vingt enfants ainsi examinés avait au moins une carie et donc besoin de soins. Et six d'entre eux – âgés de 3 à 5 ans – avaient un état bucco-dentaire dégradé pouvant hypothéquer leur dentition si des soins n'étaient pas prodigués en urgence. On touche ici les limites du dépistage sans accès systématique aux soins ensuite : ces enfants risquent de se retrouver totalement édentés dès le plus jeune âge, et donc handicapés définitivement pour leur vie future. Les dommages que j'ai observés – tant sur leurs dents de lait que sur leurs dents définitives –, auront une incidence sur la croissance de la mâchoire, la position des dents, leur fonction, donc sur la santé bucco-dentaire et la santé en général. »

Propos recueillis par Yves Géry

Estime de soi et santé bucco-dentaire

Agir sur l'estime de soi et sur les facteurs qui lui sont favorables est un levier d'action majeur : estime de soi et santé bucco-dentaire nécessitent d'être conjuguées harmonieusement pour que les démarches de santé publique bucco-dentaire puissent être efficaces. À cet égard, les témoignages ici présentés sont édifiants : c'est seulement quand une personne retrouve une parcelle d'estime d'elle-même qu'elle commence à reprendre soin d'elle.

Longtemps résumée à l'absence de douleur, la santé bucco-dentaire est devenue synonyme d'esthétique et symbole d'intégration. Elle fait l'objet de plans de prévention et de communication. Au-delà des problématiques fonctionnelles, l'intérêt du public pour la santé bucco-dentaire est fortement inscrit dans un champ psycho-social lié à l'estime de soi. Le développement récent d'une nouvelle offre (blanchiment, orthodontie à tous âges, implants, bijoux dentaires, etc.) est très emblématique de l'image de soi, de sa situation sociale et des représentations collectives de la santé bucco-dentaire aujourd'hui.

Cependant, une partie de la population, vivant majoritairement dans des conditions précaires ou dans un grand isolement, reste à la marge de cette tendance. Le manque de gestes d'hygiène et de recours aux soins dentaires de ces personnes est préoccupant. Certaines d'entre elles, interrogées sur leur rapport à leur corps, leur vision d'elle-même et ce qu'elles entendent par estime de soi, répondent : « *L'apparence est une estime de soi, ce que l'on peut penser de soi face à un miroir mais aussi le reflet de ce que l'on montre aux autres. Lorsque vous ne pouvez pas sourire parce que les dents n'y sont pas, vous fermez toujours la bouche ! Les gens pensent que l'on ne se lave pas et que l'on sent mauvais de la bouche, alors que ce n'est pas vrai. Le regard des gens sur nous est important pour nous aider à retrouver l'estime de soi.* »¹

« *Si les autres n'ont pas une bonne image de toi... tu te sens coupable... Tu dois toujours te justifier, quand tu es pauvre, de ta façon d'utiliser ta vie, ton corps, ta nourriture. Tu n'as pas d'argent alors si tu vas chez le coiffeur, l'assistante sociale te le reproche, on compte tout et on nous reproche chaque dépense qui n'est pas utile... alors les dents !* »²



« *Les termes comme éducation à la santé sont très mal pris. Les parents se sentent coupables, dans la santé aussi, de ne pas savoir éduquer ! Et là encore, on leur colle l'échec...* »

Pour Mme M., c'est : « *On n'ose pas parler, on n'ose pas sourire. Socialement, on se sent écarté quand même.* »

L'estime de soi, un défi pour les plus pauvres

Lorsqu'on analyse les trois composantes interdépendantes qui construisent l'estime de soi : « l'attachement à soi » qui facilite « une vision positive de soi » qui, à son tour, influence favorablement « la confiance en soi » (1), on retient l'importance des conditions de vie sociales et affectives. Si les facteurs favorables à son émergence sont un environnement stable, sécurisant, réceptif aux attentes sans culpabilisation ou disqualification ou menace, répondant aux grands besoins relationnels, on constate qu'ils sont absents dans les situations de précarité. Quant aux facteurs destructeurs de l'estime de soi qui sont, pour les plus archaïques, principalement le doute sur

ses origines, le rejet par le père ou la mère, les jugements de valeur disqualifiants, les violences ou l'atteinte à son intégrité physique et psychologique (2), ils accompagnent bien sûr le quotidien de la misère et ont comme conséquence que l'estime de soi n'est pas un acquis facile pour les plus pauvres.

Protéger sa santé : un objectif hors d'atteinte

De même, faire respecter le droit fondamental à la « protection de la santé³ » est un enjeu qui semble souvent hors d'atteinte pour les plus fragiles. Dans la charte d'Ottawa (3), les différents aspects de la santé sont abordés sous un angle global : réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins, évoluer dans son milieu, s'y adapter, le modifier. Sur cette base, on ne peut que constater l'écart entre les textes et la réalité pour les plus pauvres.

Réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins posent la question de l'adéquation entre le besoin de soins exprimé ou latent chez l'individu, le besoin de soin analysé par le professionnel et l'offre de

soins disponible (4). C'est à l'intersection de ces facteurs que se situent la santé et sa prise en charge.

En ce qui concerne les actions sur l'environnement (espace de logement insuffisant, insalubrité, nuisances sonores, qualité de l'air, du sol, accès à une alimentation saine, etc.), l'individu est bien souvent peu acteur des choix faits pour influencer sur ce paramètre, et ceci d'autant plus qu'il a peu de moyens financiers et sociaux.

Pas regardés, ils ne se regardent plus

L'homme « disqualifié », décrit par Serge Paugam (5), qui, devant le regard négatif ou le non-regard des autres, a « *intériorisé le sentiment qui lui vient de la société, en général, et de ses groupes d'appartenance en particulier, de ne plus être à la hauteur de son rôle social réel ou virtuel, à partir duquel il était défini ou se définissait lui-même ou de celui auquel il aspirait.* » « *L'homme disqualifié est toujours désespéré puisque son existence sociale lui semble remise en question. Ce désespoir est à la fois source de solitude et de détresse psychologique. La perte de confiance en soi, le sentiment d'être "mal dans sa peau", les troubles psychosomatiques tels que l'anxiété, l'angoisse, l'insomnie et l'incapacité à affronter les difficultés de la vie quotidienne en sont les expressions les plus courantes.* »

Cet homme n'est souvent plus en mesure d'identifier et de réaliser ses ambitions, de satisfaire ses besoins. Pour évoluer dans son milieu et s'y adapter, il développe des stratégies lui permettant de rebondir (le niveau de détresse émo-

tionnelle peut engendrer un repli, une désocialisation ou une violence pour exister, ou encore un excès de consommations diverses permettant de procurer un plaisir immédiat).

Les personnes en situation de précarité perdent plus ou moins leur capital social : « *Le capital social, c'est le lien social... Les gens qui ne sont pas regardés ne se regardent plus. Petit à petit, l'image de soi est atteinte ou amoindrie... Quand on perd cette auto-sédution, on abandonne l'idée même de sa propre représentation et des soins nécessaires à son corps* » (6).

Ne pas culpabiliser mais encourager

Un travail sur les représentations (7) s'impose dans la pratique médicale. « *La langue du médecin n'est pas celle qui imprègne l'expérience corporelle du malade immergé dans les attitudes et les valeurs de ses adhésions culturelles propres* » (8). Des professionnels qui fustigent les mères dont les enfants sont polycariés ont-ils une connaissance des conditions de vie ou de la malnutrition des enfants pauvres ? Au cours des actes thérapeutiques, lorsque les milieux sociaux ne s'interpénètrent plus, la méconnaissance peut porter atteinte à l'estime de soi du patient. Un regard négatif, voire culpabilisant, porté par un professionnel de santé en accentuera le déficit. Madame Souvay⁴ partageait avec nous cette réflexion : « *On ne t'a jamais expliqué qu'il fallait te brosser les dents ou qu'il fallait aller chez le dentiste...* » Dans la même réunion, une professionnelle nous confiait : « *Une de nos missions est d'aider les étudiants à faire de la*

"motivation"... Souvent, j'ai remarqué que les séances de motivation au fauteuil étaient prétextes à culpabiliser les patients : dents sales, mauvais brossage, mauvaise technique. J'ai pris l'habitude de convoquer les étudiants qui avaient ce type d'attitude et de leur proposer d'échanger les rôles, leur indice de plaque était souvent mauvais. C'était alors l'occasion de parler avec l'étudiant d'une autre forme de motivation basée sur le respect de leur patient dans sa diversité : ne pas culpabiliser mais encourager, donner confiance en soi. »

Avoir un avenir devant soi

Pour beaucoup, la « motivation » restera une affaire de rencontres, de compréhension mutuelle qui devrait davantage être abordée sous l'angle de la relation à l'autre, de perspectives d'avenir. Autant de pièces maîtresses pour améliorer l'estime de soi. Madame Zimmer⁴ rappelait que dire à un jeune : « *Attention, les filles, elles te regarderont mieux si t'as des belles dents, que si t'as des grosses dents toutes noires et toutes écaillées* » est plus parlant que de lui dire « *si tu ne te soignes pas, tu vas souffrir, les dents du fond vont te donner des maladies graves !* » Pour qu'un engagement dans une démarche de santé soit possible, il faut que le patient le décide lui-même et qu'il ait un avenir devant lui : « *Quand j'ai su que je pouvais rentrer à l'armée après un an d'attente d'emploi, je suis allé me faire refaire les dents, mettre des couronnes et depuis je fais une vérification deux fois par an pour que tout aille bien. J'ai du boulot et un avenir.* »⁴

Agir sur l'estime de soi, formidable levier d'action

Pour N. Cafaxe⁴, la démarche de santé bucco-dentaire est liée à l'insertion sociale : « *Quand on boit de l'alcool, on a toujours la bouche pâteuse et les dents collantes, on n'a pas envie de les nettoyer, pourtant on se voit bien... Moi, j'ai arrêté de boire et une des premières choses, c'était de me refaire les dents, un nouveau dentier, des couronnes, ça vaut le coup, je me les brosse, je me regarde, je ne me reconnais plus. Aux alcooliques anonymes, tu peux demander, c'est un des premiers trucs avec la peau, le teint redevient clair.* »

Agir sur l'estime de soi et sur les facteurs qui lui sont favorables est un formidable levier d'action pour permettre la rencontre soignant et soigné et la mise

► Références bibliographiques

- (1) André C., Lelord F. *L'estime de soi. S'aimer pour mieux vivre avec les autres.* Paris : Odile Jacob, coll. Bibliothèque, 2007 : 304 p.
- (2) Salomé J. À propos de l'estime de soi. CLES Retrouver du sens, 2006. En ligne : <http://www.cles.com/chroniques/regards/article/apropos-de-l'estime-de-soi>
- (3) Organisation mondiale de la santé (OMS). Charte d'Ottawa, 21 novembre 1986.
- (4) Relations soignants-soignés dans le cadre de l'accès aux soins des populations en situation de précarité. ATD Quart-Monde, Études et Développement, Service municipal Nancy Ville-santé, juin 2002 : 72 p.
- (5) Paugam S. Les différents liens sociaux et leurs ruptures. In : Chauvin P., Parizot I. *Santé et*

recours aux soins des populations vulnérables. Paris : Inserm, 2005 : p. 38-60.

(6) Emmanuelli X. L'action du Samu social. Actes du colloque « Précarité et santé ». *Revue Laennec Santé/Médecine/Éthique*, 2007, n° 4 : p. 37-47.

(7) De Goer B., Ferrand C., Hainzelin P. Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions. *Santé publique*, 2008, vol. 20, n° 2 : p. 163-175.

(8) Le Breton D. Médecine, corps, anthropologie. In : Hirsch E. *Éthique, médecine et société. Comprendre, réfléchir, décider.* Paris : Vuibert, coll. Espace éthique, 2007 : p. 378-383.

en place de la démarche active de santé. Estime de soi et santé bucco-dentaire nécessitent d'être conjuguées harmonieusement pour que les démarches de santé publique bucco-dentaire puissent atteindre leur cible et être efficaces.

Les politiques de santé peuvent améliorer l'estime de soi des individus et agir dans la prise en charge de leur santé par des actions qui modifient leur propre regard sur leur corps et particulièrement sur leur bouche. Ceci peut être mis en place dès le plus jeune âge : « *Dans la vie de l'enfant, le corps est important, il découvre comment s'en servir. Il vit en amitié avec lui-même. Les messages, à cet âge, peuvent l'aider jusqu'à la fin de ses jours.* »⁴

Si l'on considère comme l'Organisation mondiale de la santé⁶ que la plus grande menace pour la santé est la pauvreté, il faut que les politiques de santé aillent à la rencontre des usagers et particulièrement des plus fragiles afin que les programmes deviennent non seulement visibles, mais qu'ils rencontrent la participation des publics.

Huguette Boissonnat-Pelsy

Chirurgien-dentiste, responsable santé,
ATD Quart-Monde, Paris,

Isabelle Tiebot

Chirurgien-dentiste,
responsable Mission France,
Aide odontologique internationale, Montrouge.

1. Madame Micheline Adobati, membre du mouvement ATD Quart-Monde.

2. Madame Emilienne Kaci, membre du mouvement ATD Quart-Monde.

3. La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, aboutissement des préconisations du rapport Wresinski du Conseil économique et social de 1987, proclamait dans son article premier que : « La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation. »

La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance (...). »

4. Cité dans : Prévention bucco-dentaire en milieu défavorisé : ressenti et propositions de personnes en situation de précarité et de professionnels de terrain dans le cadre d'un partenariat institution, professionnels et usagers précaires. ATD Quart-Monde/Études et développement avec le concours du service municipal de Nancy Ville-Santé, septembre 2005 : 117 p.

5. Séance lors des consultations de parodontologie consistant à donner au patient les éléments de brossage et d'entretien des dents permettant une bonne hygiène bucco-dentaire.

6. Rencontre OMS. Djakarta, 21-25 juillet 1997.

Santé et précarité : les permanences d'accès aux soins de santé bucco-dentaire

En 1998, la loi contre les exclusions a créé les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) qui incluent les soins bucco-dentaires. À titre d'exemple, la Pass de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris, a soigné deux mille deux cents patients entre 2002 et 2011. Toutefois, ce dispositif national demeure insuffisant pour procurer des soins dentaires aux personnes les plus démunies.

Depuis plusieurs décennies, l'accès aux soins bucco-dentaires constitue, en France, un problème récurrent pour les populations les plus défavorisées. Fortement corrélé à l'exclusion sociale, le renoncement aux soins bucco-dentaires s'est progressivement élargi à une portion croissante de la population. Près de la moitié des Français renonceraient au moins une fois à consulter un chirurgien-dentiste pour des raisons financières, et le rapport ESPS de 2008 suggère qu'environ un Français sur dix renonce de manière définitive (1).

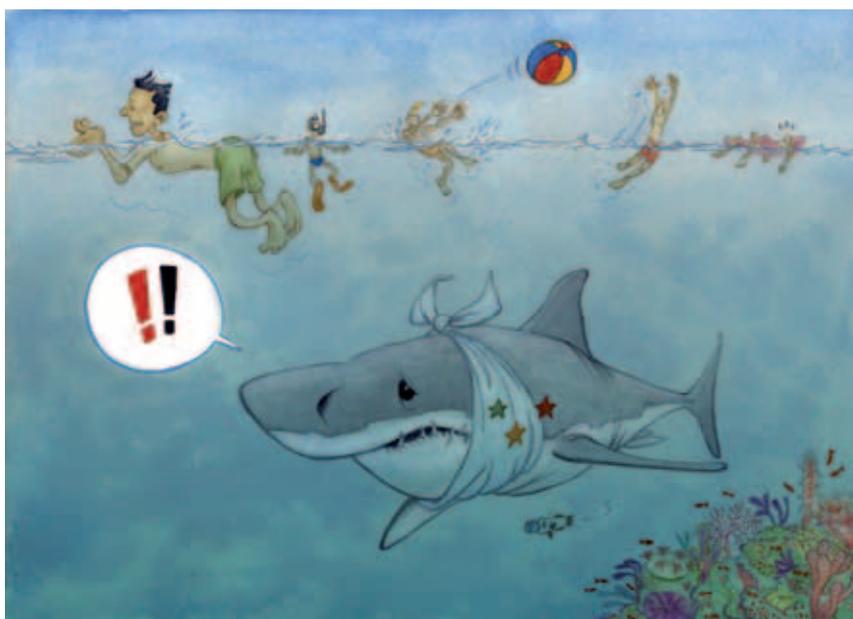
Alors qu'à partir des années 1990, les pouvoirs publics choisissent une déconcentration des prérogatives de l'État, le législateur centralise les missions de lutte contre les exclusions, notamment par la loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 initiatrice de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Parallèlement, les textes régissant la socialisation des actes dentaires, c'est-à-dire précisant les actes donnant lieu à une prise en charge par l'Assurance maladie, n'évoluent que très faiblement. Une des principales conséquences de cette inertie à la définition institutionnelle des soins dentaires se retrouve à la lecture des comptes nationaux de la santé. En 2010, près des deux tiers des dépenses consacrées aux soins bucco-dentaires sont à la charge des ménages (2). Face à un remboursement partiel, voire inexistant, des honoraires par une assurance com-

plémentaire, les dépenses consacrées aux soins dentaires entrent en compétition avec d'autres secteurs budgétaires des foyers. Et, lorsque ces derniers apparaissent fondamentaux (alimentation, logement, éducation, profession, etc.), les dépenses relatives aux soins dentaires passent au second plan. Paradoxe sanitaire, les soins de prévention sont les premiers à être affectés par cette compétition. En l'absence de protection maladie complémentaire, le recours aux soins bucco-dentaires n'est le plus souvent motivé que par le symptôme (3).

Un marqueur et un handicap social

La quasi-totalité des travaux consacrés au renoncement des soins dentaires souligne l'influence évidente du niveau de ressources et de la protection sociale. Toutes ces études montrent l'impact du renoncement aux soins sur la santé orale. Elles sont, en revanche, peu nombreuses à avoir exploré l'influence de l'altération de la santé orale sur la socialisation des individus : M.T. Nguyen, dans le cadre de sa thèse de doctorat de chirurgie dentaire, montre que les édentements antérieurs constituent des facteurs d'exclusion et de dégradation psycho-sociale évidents (4).

La loi du 29 juillet 1998 repositionne également les missions hospitalières publiques en prévoyant que « les établissements publics de santé et les établisse-



ments de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé (Pass), (...), 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'État 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 » (5).

Pour l'Île-de-France, le Pass de la Pitié-Salpêtrière

Mandatée par le directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Françoise Roth a été chargée en 1998 d'analyser l'accès aux soins bucco-dentaires des plus démunis en Île-de-France. Ses conclusions suggèrent la nécessité de création d'une structure constituant une unité d'accueil et de prise en charge médico-sociale clairement identifiée, jouant le rôle de charnière entre la demande de soin et l'offre de droit commun (6). La création, en 2002, de la permanence d'accès aux soins de santé bucco-dentaire (Pass bd) sur le site de la Pitié-Salpêtrière représente la formalisation de ces travaux, l'engagement institutionnel de l'époque et la pugnacité de cette femme de caractère.

La permanence d'accès aux soins de santé bucco-dentaire du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière-Charles-Foix, qui

adopte, à partir de 2008, l'appellation de « consultation Françoise Roth », est une unité fonctionnelle dédiée à l'accueil des patients renonçant aux soins dentaires pour des raisons financières et à leur prise en charge thérapeutique globale intégrant dans ses missions de soins la réhabilitation prothétique (au moyen de pose de prothèses). Les ressources matérielles et humaines qui lui sont allouées sont clairement identifiées dans le cadre du financement des missions d'intérêt général de l'hôpital public, dont font partie celles de Pass.

La « consultation F. Roth » est placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier. Les personnels qui lui sont spécifiquement attribués correspondent à un temps plein hospitalier et à douze demi-journées (NDLR : par mois) de praticiens attachés, ainsi qu'une assistante sociale à temps plein. Elle dispose de dotations spécifiques destinées à l'achat de prothèses dentaires.

Vaste partenariat

Un partenariat conventionnel, destiné à faciliter l'accès au dispositif, a été souscrit entre l'AP-HP et différents partenaires de « terrain » : Médecins du Monde, l'Aide odontologique internationale, le Bus social dentaire, Emmaüs et le Samu social de Paris.

Au terme de la première consultation, assurée par un praticien référent, un plan de traitement, intégrant le cas échéant des examens médicaux complémentaires, est rédigé. Le patient est ensuite adressé à l'assistante sociale de la consultation.

Au sortir de ces premiers contacts, le patient obtient un rendez-vous pour la réalisation des premiers soins. Les étudiants prennent en charge environ 80 % des consultants, les autres étant confiés à des praticiens hospitaliers, du fait notamment de difficultés psychologiques ou cliniques.

Le financement de la prise en charge des patients, en particulier prothétique, repose sur l'arbitrage d'une commission constituée d'experts administratif (le directeur de l'hôpital ou l'un de ses représentants), social (le responsable du service social de l'hôpital ou l'un de ses représentants) et médical (le chef du service d'odontologie ou l'un de ses représentants). Cette commission est chargée de valider ou non la non-facturation des actes aux patients, en fonction de critères médicaux et sociaux rapportés par le praticien hospitalier et le travailleur socio-éducatif de la Pass bd.

Deux mille deux cents patients ont été soignés au sein de la Pass bd depuis l'ouverture du service. Ils sont relativement jeunes (l'âge moyen est de 42 ans), majoritairement de sexe masculin (65 %). Seul un consultant sur six bénéficie d'un logement individuel personnel et stable, et un sur dix d'un emploi rémunéré. Le niveau moyen des ressources mensuelles des consultants pris en charge dans la Pass en 2008 était de 455 euros, très en-deçà des minima sociaux de l'époque (587 euros pour une personne seule). Un quart des primo consultants de 2008 n'avait pas de protection sociale à l'entrée dans le dispositif.

Les consultants de la Pass se singularisent par un nombre significativement important de dents absentes non remplacées et de dents cariées. Entre le tiers et la moitié d'entre eux sont en outre affectés d'un édentement antérieur et, pour plus d'un patient sur deux, l'indication d'au moins une extraction dentaire est posée. Ces indications s'expliquent pour 82,3 % d'entre eux par le renoncement aux soins en amont et pour 17,4 % par un échec des soins antérieurement délivrés (7).

Bilan des Pass

En 2009, la direction de l'hospitalisation du ministère de la Santé et des Sports décide la création de nouvelles Pass bucco-dentaires et dresse un bilan du fonctionnement des Pass existantes¹. Trois grands types de fonctionnement transparaissent. Le plus fré-



quent correspond à la délivrance de soins au sein d'une unité d'odontologie ou de stomatologie dans le cadre de missions de Pass générale. Un autre modèle, superposable à celui de la « consultation Françoise Roth », intègre les missions de Pass à celles de services pré-existants, le plus souvent hospitalo-universitaires. Un troisième modèle, unique, est directement construit autour d'une logique de réseau en partenariat avec les collectivités locales et des instances ordinales (Conseil de l'ordre).

Plusieurs constats émergent de la confrontation de l'expérience des différents acteurs de ces structures (8) :

- le manque de transparence sur l'imputabilité des financements et de leur reproductibilité, impactant le développement de missions structurellement pérennes ;

- la faiblesse des effectifs médicaux de certaines des structures dans un contexte d'une odontologie hospitalière quasiment inexistante (moins de 200 praticiens hospitaliers pour plus de 40 000 praticiens libéraux) ;

- enfin, dans la quasi-totalité des cas, seuls les soins primaires sont délivrés, répondant à une logique purement médicale de traitement de la douleur et/ou de l'infection ; les soins non primaires de réhabilitation prothétique (par des prothèses) sont absents. Ils sont pourtant un facteur important d'insertion sociale.

Aujourd'hui encore, la précarité continue d'être très fortement synonyme de pathologies oro-faciales (bouche et visage), et les quelques mesures de développement de structures de soins ne semblent pas en capacité d'empêcher que les patients les plus démunis n'aient

pas accès aux soins auxquels ils sont en droit de prétendre. À plus forte raison, rien ne laisse supposer que la dégradation faciale – imputable aux affections dentaires et à la nature des traitements prodigués – ne cesse de constituer un facteur de marquage d'exclusion sociale (9).

Frédéric Rilliard

Praticien hospitalier,
consultation Françoise Roth,

Lisa Friedlander

Assistante hospitalo-universitaire,
Université Paris 7-Denis Diderot,

Julien Descorps-Declere,
Nadhia Khelifa, Franck Moyal,

Shéhérazade Saadi,

Florence Schwallinger

Praticiens attachés référents,

Christelle Naud-Llamas

Assistante sociale,
consultation Françoise Roth,
Service d'odontologie
de la Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris.

1. Voici une liste – non exhaustive – de la localisation des Pass en France : centre hospitalier régional Metz-Thionville, centre hospitalier Saint-Denis, centre hospitalier Sud Francilien Courcouronnes (Essonne), centre hospitalier Dôle (Jura), centre hospitalier Bretagne Sud (Lorient), centre hospitalier Poitiers, centre hospitalier Cayenne, centre hospitalier régional universitaire Strasbourg, centre hospitalier Calais, centre hospitalier Douai, centre hospitalier universitaire Nice, AP-H Marseille, centre hospitalier Le Havre, centre hospitalier Montauban, centre hospitalier régional universitaire Bordeaux, centre hospitalier Moulins, centre hospitalier régional universitaire Toulouse, AP-HP : hôpital Cochin-Celton (Issy-les-Moulineaux), groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (Paris).

► Références bibliographiques

(1) Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Questions d'économie de la santé*, novembre 2011, n° 170 : 6 p. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Oes170.pdf>

(2) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Comptes nationaux de la santé 2010*. Paris : Drees, coll. Études et statistiques, 2011 : 283 p. En ligne : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_nationaux_sante_2010.pdf

(3) Vincelet C., Azogui-Lévy S., Grémy I. État bucco-dentaire et recours aux soins préventifs et

curatifs de la population francilienne adulte. Paris : ORS d'Île-de-France, octobre 2008 : 6 p. En ligne : www.ors-idf.org/dmdocuments/6pdents.pdf

(4) Nguyen M.T. *Enquête de satisfaction des consultants de la Pass bucco-dentaire du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière*. Thèse de doctorat d'exercice. UFR d'odontologie de l'université Paris 7-Denis Diderot, Paris, 2011.

(5) Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. *Journal officiel*, n° 175, 31 juillet 1998 (titre I, chapitre 3, article 76).

(6) Roth F. *L'accès aux soins bucco-dentaires*

dans le cadre de la précarité. Rapport interne, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 1999.

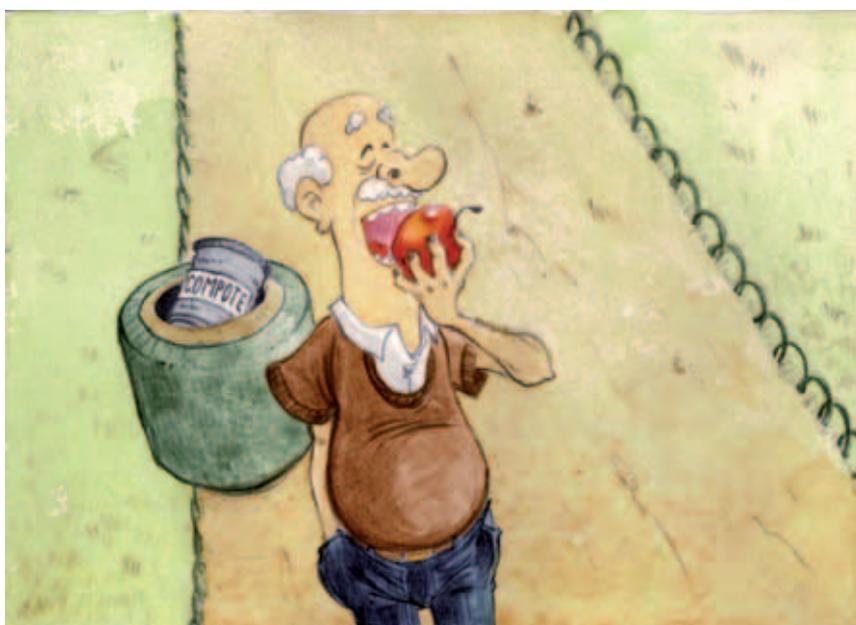
(7) Rilliard F., Naud-Llamas C., Descorps-Declere J., Friedlander L., Javelot M.J., Khelifa N., et al. Précarités, odontologie et hôpital. L'expérience de la consultation Françoise Roth. *Information dentaire*, 2009, vol. 91, n° 33 : p. 1902-1908. En ligne : www.information-dentaire.fr/pdf/10867_idvol91n33p1902-1908.pdf

(8) Premières journées nationales des Pass bucco-dentaires. Paris, juin 2010.

(9) Maisondieu J. Exclusion rime avec disparition. *Information dentaire*, 2009, vol. 91, n° 33 : p. 1815-1819.

La santé bucco-dentaire de la personne âgée

De nombreuses personnes âgées, dépendantes ou non, ont un état dentaire préoccupant, faute de prévention et de soins adaptés. Les experts soulignent la nécessité d'intégrer la santé bucco-dentaire à la promotion de la santé générale, et de former les professionnels – soignants et aidants – qui côtoient les personnes âgées au quotidien. Seules des interventions pluridisciplinaires permettent d'améliorer la santé bucco-dentaire et donc la qualité de vie de ces personnes.



L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande que les États adoptent des stratégies pour améliorer la santé orale des personnes âgées (1). En effet, les tendances démographiques actuelles nécessitent que l'on porte une attention particulière au phénomène du vieillissement de la population, sur lequel la recherche scientifique a d'ailleurs permis d'apporter des informations et des connaissances nouvelles.

Les personnes âgées constituent aujourd'hui une partie importante de la population, avec des caractéristiques hétérogènes¹.

L'état bucco-dentaire des personnes âgées

Différents indices permettent de décrire la morbidité bucco-dentaire chez les personnes âgées, dont les

causes essentielles sont la carie et la maladie parodontale². L'état bucco-dentaire a été évalué chez des sujets de 65 à 74 ans. Il montre que l'indice CAOD (nombre de dents cariées, absentes ou obturées) augmente entre 65 et 74 ans : 27 % des hommes et 21 % des femmes ont au moins une dent cariée, 13,3 % des hommes et 11,4 % des femmes ont une surface masticatoire insuffisante (3). Le nombre de dents manquantes, leur situation sur l'arcade sont autant de facteurs qui retentissent sur la nutrition des personnes âgées et qui peuvent entraîner un risque de dénutrition protéino-énergétique.

L'état de santé bucco-dentaire des personnes institutionnalisées doit également être évalué car les risques médi-

caux sont importants du fait de leurs pathologies³. Leurs besoins ont été identifiés au cours de plusieurs enquêtes épidémiologiques et le constat est alarmant ; en effet, elles mettent en évidence le très mauvais état dentaire des résidents et la quasi-absence de recours aux soins (5, 6).

L'utilisation des services de soins

Pour en revenir à la population générale des personnes âgées, le recours – ou non-recours – aux services de soins est fonction de plusieurs facteurs :

- liés à l'état de santé des personnes : santé générale, mobilité, état de santé orale ;
- socio-démographiques : lieu de résidence, revenus, niveau d'éducation ;
- subjectifs : croyances personnelles, absence de besoin perçu, anxiété face aux soins, (in)satisfaction lors des soins précédents ;
- géographiques : éventuelles difficultés de déplacement des personnes, accessibilité des structures de soins.

Les études montrent que le recours aux professionnels reste faible dans cette population. Les raisons économiques (taux de remboursement des soins, dépassements d'honoraires, absence de complémentaire santé) constituent un motif de non-recours de plus en plus fréquent. On constate aussi une sous-déclaration de symptômes par les personnes âgées. Ainsi, plus de la moitié des symptômes considérés comme sérieux ne sont pas déclarés aux professionnels de santé (7). Une étude, réalisée en Europe, chez les plus de 50 ans montre que le

suivi dentaire et le recours aux soins préventifs est important en Suède, en Allemagne, en Suisse, au Danemark et aux Pays-Bas, mais faible en Espagne, en Italie, en France, en Grèce, en Pologne et en Irlande (8). Dans un programme suédois qui inclut le suivi dentaire régulier, 13 % des personnes de 65 ans et plus ne se présentent pas à la consultation. Ils sont 21 % chez les 80 ans et plus (9).

La prise en charge du sujet âgé

La prise en charge odontologique nécessite une connaissance des facteurs de risque susceptibles d'aggraver l'état de santé orale. En effet, la polypathologie, fréquente chez ces personnes, complique la prise en charge bucco-dentaire ; c'est pourquoi il est indispensable de proposer des mesures préventives en associant les équipes médicales, paramédicales et les aidants. Parmi ces actions, citons la sensibilisation des soignants aux pathologies bucco-dentaires et à leurs répercussions sur la santé générale ; l'éducation conduira au changement d'attitude des soignants. Ils doivent aussi bénéficier de formations spécifiques à la toilette buccale.

Par ailleurs, le dépistage des pathologies bucco-dentaires et l'instauration d'un suivi régulier, assurés par les odontologues (spécialistes de l'étude des dents et de leurs maladies), est aussi indispensable. Seules des interventions ciblées pluridisciplinaires permettront de réduire la morbidité bucco-dentaire et amélioreront ainsi la qualité de vie des

personnes âgées. Plusieurs études ont en effet montré l'efficacité des programmes de formation des soignants dans l'amélioration de l'hygiène orale des personnes âgées (10). Plus globalement, des études sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des différents programmes de promotion de la santé orale chez les personnes âgées (11).

Les acteurs de santé doivent également organiser de nouvelles formes de prise en charge adaptées aux personnes âgées. Les réseaux de santé, autorisés par la loi du 4 mars 2002, sont une réponse possible à ce nouveau paradigme. Plusieurs réseaux existent, comme le Réseau santé bucco-dentaire et handicap-Rhône-Alpes (SBDH-RA) ou Appolline, réseau départemental qui facilite la prise en charge des personnes âgées en Essonne (*lire l'encadré 1 page 36*). D'autres initiatives existent également, telles que l'action menée par la caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) de Paris qui intervient directement dans les établissements hébergeant des personnes dépendantes (*lire l'encadré 2 page 36*).

Conclusion

Le vieillissement accroît le risque de pathologies bucco-dentaires, aggravant de ce fait l'état de santé générale souvent déjà fragilisé à ces âges avancés. Les personnes âgées ont des besoins de santé orale différents de ceux de la population générale, qui ne sont par ailleurs plus les mêmes que ceux des générations précédentes ; il faut donc mettre en place des programmes

appropriés en intégrant la promotion de la santé des aînés. C'est d'autant plus essentiel dans les pays où la part de personnes âgées dans la population générale a considérablement augmenté – en même temps que leur espérance de vie – et continue de croître.

Marysette Folliguet

Professeur des universités-praticien hospitalier, chef du service d'odontologie, Hôpital Louis-Mourier, AP-HP, Colombes,

Florence Schwallinger

Présidente, Réseau Appolline,

Nadia Elamrani

Coordnatrice des actions auprès des personnes âgées, CPAM, Paris.

1. En Europe, le nombre de personnes de 65 ans et plus va doubler entre 2008 et 2060 pour atteindre 151 millions. En France, c'est la part des plus âgés qui progresse le plus : en 2060, les 60 ans et plus seront 23,6 millions, les 75 ans et plus 11,9 millions et les 85 ans et plus 5,4 millions (2). Les personnes âgées constituent un groupe très hétérogène. C'est pourquoi l'on distingue souvent les personnes de 65 à 75 ans et les plus de 75 ans. À partir de cet âge, les paramètres physiologiques et les caractéristiques psychosociales sont beaucoup plus marqués.

2. Pour la carie, ce sont le CAOD (nombre de dents cariées, absentes ou obturées), le CAOF (nombre de faces dentaires cariées, absentes ou obturées), le RCI (indice de caries radiculaires : nombre de faces radiculaires cariées et obturées/nombre de faces radiculaires saines, cariées et obturées) mais également des indices permettant d'évaluer la perte des dents comme le pourcentage de personnes édentées.

Pour la maladie parodontale, on peut mesurer le saignement gingival, la présence de tartre, le degré de récession gingivale, la profondeur des poches parodontales et des indices d'hygiène (indice de plaque, etc.).

3. En 2007, 657 000 personnes résidaient en établissements hébergeant des personnes âgées (Ehpa). Parmi elles, 84 % sont considérées comme dépendantes (GIR – degré de dépendance permettant d'évaluer le besoin d'aide – 1 à 4) et 51 % (GIR 1 et 2) comme très dépendantes (4).

► Références bibliographiques

(1) Petersen P.E., Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dental and Oral Epidemiology*, 2005, vol. 33, n° 2 : p. 81-92.
 (2) Blanpain N., Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060. *Insee Première*, octobre 2010, n° 1320 : 4 p.
 (3) Roland E., Dupré C., Guéguen R. Santé dentaire des seniors de 65 à 74 ans en consultation d'examen de santé. *La Revue de gériatrie*, 2011, vol. 36, n° 5 : p. 283-293.
 (4) Prévot J., Drees. Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. *Études et résultats*, août 2009, n° 699 : 8 p.

(5) Urcam Nord-Pas-de-Calais. Les personnes âgées dépendantes hébergées en établissement (Ehpad). État de santé bucco-dentaire et organisation des soins. Urcam, 2006 : 65 p.
 (6) Urcam Rhône-Alpes. Santé bucco-dentaire et accès aux soins des personnes résidant en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) dans la région Rhône-Alpes. Urcam, 2007.
 (7) Holm-Pedersen P., Løe H. *Textbook of geriatric dentistry*. Copenhagen : Munksgaard, 1996 : 584 p.
 (8) Listl S., Moran V., Maurer J., Faggion C.M. Jr. Dental service utilization by Europeans aged 50 plus. *Community Dental and Oral Epidemiology*, 2011, published online 6 september 2011.

(9) Grönbeck-Linden I., Petersson A., Linder P.O., Gahnberg L. Loss of dental attendance among elderly Swedish people, Poster Session. Congrès EADPH, Rome, 22-24/09/2011.
 (9) Bert E., Leroux J.L., Trutt B., Salomon L., Folliguet M. Consommation de soins dentaires des plus de 65 ans : étude exhaustive dans les Hauts-de-Seine. Présentation 6^e journée de santé publique bucco-dentaire, Créteil, 2006.
 (10) Paulsson G., Söderfeldt B., Nederfors T., Fridlund B. The effect of an oral health education program after three years. *Special Care in Dentistry*, 2003, vol. 23, n° 2 : p. 63-69.
 (11) McGrath C., Zhang W., Lo EC. A review of the effectiveness of oral health promotion activities among elderly people. *Gerodontology*, 2009, vol. 26, n° 2 : p. 85-96.

Appolline, réseau de santé bucco-dentaire de proximité dans l'Essonne

Appolline est un réseau de santé bucco-dentaire pour personnes fragiles (âgées et/ou handicapées) résidant en Essonne. Il a été créé en 2006 par l'hôpital gériatrique Les Magnolias, le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes de l'Essonne et la coordination gérontologique, la Harpe, centre local d'information et de coordination (Clic) du Val-d'Yvette. Depuis, certains directeurs d'établissements médico-sociaux (vingt-deux en 2011) et une quarantaine de praticiens libéraux ont adhéré à cette démarche de santé publique. La mission du réseau Appolline est de faciliter l'accès aux soins tout en formant les professionnels soignants ou l'entourage à l'importance de la dimension orale dans la santé générale et aux soins d'hygiène bucco-dentaire.

La prévention est l'axe principal du fonctionnement du réseau autour de laquelle s'articulent :

Le dépistage et les soins

- un chirurgien-dentiste coordinateur du réseau reçoit la personne qui émet une demande de soins bucco-dentaires (celle-ci peut être formulée par l'entourage professionnel ou familial) ;
- après avoir obtenu le consentement écrit de la personne ou de son entourage, le chirurgien-

dentiste procède à un bilan de l'état buccal et, en fonction de ses préconisations, des pathologies générales et du handicap de la personne, oriente vers la structure de soins la plus appropriée : le chirurgien-dentiste libéral, adhérent à la démarche du réseau et dont le cabinet est proche et accessible, lequel peut aussi prodiguer les soins « primaires » à domicile ;

- si la personne présente un handicap lourd ou des polyopathologies, les praticiens libéraux adhérents peuvent effectuer les soins dans plusieurs plateaux techniques hospitaliers ;
- un suivi des soins est exécuté par les chirurgiens-dentistes coordinateurs ;
- en cas de difficultés financières engendrant un renoncement aux traitements bucco-dentaires, l'assistante sociale du réseau effectue une recherche de financement spécifique.

Les formations

- formations des soignants ou des professionnels médico-sociaux à la toilette buccale : recommandées à tous les professionnels entourant les personnes fragiles et au personnel soignant ou éducatif des établissements accueillant les personnes âgées ou handicapées. La formation inclut une

séance théorique (connaissances générales) et une autre plus pratique sur l'approche de la toilette buccale. Les difficultés sont passées en revue un mois après, par l'infirmière du réseau, directement auprès de la personne âgée et/ou handicapée et de son aidant professionnel.

Le chirurgien-dentiste coordinateur peut apporter au personnel soignant des conseils lors des interventions de dépistage ;

- formations à destination des professionnels de santé du département à l'approche des soins bucco-dentaires des personnes fragiles (le juste soin, le refus de soins : jusqu'où aller ?) ou sur des sujets beaucoup plus précis comme les soins bucco-dentaires et les bi-phosphonates, le cancer, le diabète, etc. ;
- sensibilisation du grand public, à savoir les personnes âgées ou handicapées et leurs aidants familiaux, à la prévention de la dénutrition sous l'angle bucco-dentaire à l'occasion de forums de prévention.

Appolline cherche à faciliter la démarche de soins et à inscrire ce public fragile dans une dynamique de soins par un circuit bien repéré et le plus approprié possible.

Promotion de la santé bucco-dentaire en Ehpad – Assurance maladie de Paris

En 2002, l'Assurance maladie de Paris s'est engagée dans une action de prévention bucco-dentaire dirigée vers les personnes âgées en Ehpad du nord-est parisien. En 2010, l'action s'est développée à l'ensemble du territoire parisien en intégrant des Ehpad parisiens demandeurs, notamment ceux à vocation sociale (vingt Ehpad en 2011 dont huit Ehpad du centre d'action sociale de la ville de Paris).

Une action en trois axes

1. Bilan bucco-dentaire de chaque pensionnaire : dépistage des entrants à l'arrivée dans l'établissement et suivi annuel ;
2. Formation des personnels soignants : ateliers interactifs et mise à disposition du matériel d'hygiène approprié, formation de relais (soignant référent) ;
3. Rôle de coordonnateur de soins : recensement de l'offre de soins puis développement de partenariats en privilégiant les soins sur site :
 - convention avec l'UFSBD,
 - équipe mobile de l'hôpital Bretonneau,
 - projet de partenariat avec l'hôpital Rothschild dont l'objectif est la création d'une unité gérontologique et d'une filière de soins pour les résidents en Ehpad,
 - collaboration avec les cabinets dentaires internes dans les établissements du centre d'action sociale de la ville de Paris, de proximité dans les centres de santé et cabinets libéraux.

Cette stratégie de prévention a pour objectif d'obtenir pour chaque résident et selon son degré de dépendance un niveau d'hygiène satisfaisant, la suppression des foyers infectieux et la réhabilitation de sa fonction masticatrice.

Un retour d'information de l'action engagée par la CPAM est présenté aux structures d'hébergement lors de réunions de bilan annuel.

La CPAM de Paris a, depuis 2003, une convention avec la faculté de chirurgie dentaire Paris VII permettant d'accueillir les étudiants de 6^e année en stage de santé publique. Les étudiants interviennent en binôme, sous le tutorat d'un chirurgien-dentiste de la CPAM, dans les Ehpad, l'objectif étant de les impliquer dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Les étudiants de 4^e année sont également accueillis lors d'un cours de sensibilisation à la santé publique et par la participation à une journée en Ehpad. Par ailleurs, la CPAM de Paris participe à des manifestations grand public : « La Quinzaine du Sourire », séminaire inter-Ehpad du centre d'action sociale de la ville de Paris.

Quelques chiffres en 2010-2011

Vingt Ehpad ont une convention avec la CPAM. 1 300 résidents ont été dépistés et 250 soignants formés. Une évaluation qualitative a été réalisée et a permis :

- d'identifier les freins :

– organisationnels : qui pratique les soins ou doit les rappeler ? Qui prend les rendez-vous ? Qui fait le suivi ? Comment la santé dentaire est-elle valorisée dans l'établissement ?

– personnels : liés aux soignants eux-mêmes (propre perception de la santé dentaire, position par rapport à l'intimité de l'autre) ;

- de démontrer que le dépistage est un acte important car sinon l'état bucco-dentaire reste dans l'oubli et donc l'abandon. Il est le moteur essentiel du changement de perception des soignants pour arriver à intégrer la santé dentaire dans la santé globale des personnes âgées ;
- de démontrer que l'exercice d'une vigilance partagée par tous les acteurs évoluant autour de la personne âgée permet :

– d'amener la personne à exprimer sa gêne,

– d'identifier ses demandes,

– de l'orienter vers le chirurgien-dentiste,

– et d'obtenir une amélioration au quotidien, d'adapter la demande en soins qui accompagne la dégradation à mesure de la perte d'autonomie et donc des nouveaux besoins.

La prise en compte des conséquences de la maladie bucco-dentaire sur l'état général, la dépendance et la qualité de vie de la personne âgée doit donc être intégrée dans la politique de santé publique tout autant que la prise en charge thérapeutique.

M. F.

Handicap et santé bucco-dentaire : un exemple de programme de prévention-intervention

En Rhône-Alpes, un programme pilote de prévention et de prise en charge des soins bucco-dentaires est destiné aux personnes en situation de handicap. Il repose sur l'information et l'amélioration de l'accès aux soins pour ces personnes, ainsi que sur la formation des professionnels. En 2011, grâce à ce programme, 1 800 personnes en situation de handicap ont accédé à des soins adaptés.

Longtemps négligée, la problématique de l'accès à la santé et aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de handicap commence à être reconnue et elle fait l'objet d'une prise de conscience d'un point de vue médical, médico-social et de la part des pouvoirs publics (1-4). En Rhône-Alpes, la principale initiative trouve son origine dans l'extension progressive d'un programme global de santé orale mis en place par l'équipe du service d'odontologie du centre hospitalier Le Vinatier, avec le soutien de l'association Sohdev¹. Le programme s'appuie sur trois axes indissociables :

- la sensibilisation des patients et/ou de leur entourage familial et professionnel ;
- la formation des professionnels ;
- l'accès à un dispositif de soins adapté intégrant accompagnement aux soins et concertation pluriprofessionnelle.

Le programme, initialement appliqué aux personnes hospitalisées au centre hospitalier Le Vinatier, a été étendu à partir de 1997 aux résidents de dix structures médico-sociales et concerne aujourd'hui 74 établissements de Rhône-Alpes.

Le dispositif d'information

Les actions de sensibilisation envers les personnes en situation de handicap correspondent notamment à la mise en œuvre de campagnes de prévention annuelles comprenant une éducation pour la santé orale individuelle ou collective.

Handi'Sourire (5, 6) est une manifestation qui s'inscrit dans une démarche

de prévention. D'une durée de deux semaines, elle est destinée à sensibiliser et à informer les enfants, les adolescents et les jeunes adultes handicapés ainsi que leur entourage par l'intermédiaire de sessions de sensibilisation, de tables rondes, de conférences et d'expositions itinérantes.

Le Programme autisme et santé orale (Paso) a été développé avec des experts (6) (*lire l'encadré page 39*). Il met en place des initiatives, notamment pour la prise en charge et le suivi des soins bucco-dentaires chez les enfants autistes.

La formation des professionnels

Les actions de formation en direction des professionnels répondent à un besoin identifié. Elles font écho à la

circulaire du 6 juin 2011 émanant de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) qui encourage fortement l'organisation d'un programme de formation national relatif à « la prise en charge bucco-dentaire des personnes fragilisées ou dépendantes » (7).

L'association Sohdev organise et assure depuis 2005 différents types de formation (initiale ou continue) auprès de professionnels médicaux et paramédicaux impliqués dans la prise en charge des personnes en situation de handicap. Depuis 2009, elle forme parmi ces professionnels des correspondants en santé orale (CSO) chargés d'assurer la formation de leurs confrères à la prise en charge de la santé bucco-dentaire. En six ans, 82 établissements médico-sociaux ont signé une conven-

Tableau 1. Offre de soins graduée du réseau Santé bucco-dentaire & handicap Rhône-Alpes

Équipes mobiles	<ul style="list-style-type: none">• dépistage annuel dans les établissements médico-sociaux• soins à domicile dans une unité mobile (cabinet dentaire itinérant)¹• soins à domicile avec des unités dentaires portatives²
Soins de premier recours	<ul style="list-style-type: none">• cabinet de ville• centre de santé orale : Aubenas (07), Echirolles (38)
Soins de deuxième recours	<ul style="list-style-type: none">• centre ressource en santé orale : Ecully (69), Givors (69)• centre ressource régional en santé orale : Bron (69)

1. La lettre n° 10 du réseau SBDH-RA présente un reportage sur l'unité mobile.

2. Une unité dentaire portative correspond à l'équipement complet nécessaire à l'activité d'un chirurgien-dentiste. Cet équipement est décomposé en plusieurs modules : instrumentation dynamique, siège, radiographie, instruments médico-chirurgicaux, compresseur, etc. Dans le cadre du réseau, une assistante dentaire est toujours présente aux côtés du praticien. L'unité portative permet de réaliser les soins les plus courants tels que les détartrages, certains soins conservateurs, des extractions simples, des retouches de prothèses traumatiques, etc. Les conditions rudimentaires et peu confortables ne permettent cependant pas un usage continu pour un praticien. La lettre n° 8 du réseau SBDH-RA décrit en image une intervention avec une unité portative dans un établissement médico-social. En ligne : www.reseau-sbdh-ra.org/infotelecharge/Lettre-RSBDH-RA-N°8MAIL.pdf

tion pour l'organisation d'une formation au sein de leur structure.

L'accès à un dispositif de soins adapté

Les personnes handicapées sont à haut risque de pathologies orales (8, 9). Pour répondre à leurs besoins spécifiques (en termes d'accès aux soins, d'accompagnement, de prise en charge et de suivi coordonné), une offre graduée de soins est déployée par le réseau SBDH-RA² (tableau page 37).

L'accès au réseau SBDH-RA est gratuit. Les soins courants (soins prophylactiques, conservateurs, actes de chirurgie) sont intégralement pris en charge dans le cadre de l'équipe mobile du réseau. Pendant les soins, les personnes bénéficient d'un accompagnement adapté par du personnel formé à l'approche comportementale (chirurgiens-dentistes, assistantes dentaires, infirmières, etc.). Certains soins (notamment les actes qui ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie) sont réalisés en cabinet de ville ou dans le cadre des soins externes de structures hospitalières publiques ou privées partenaires. Plusieurs chirurgiens-dentistes libéraux participent à la prise en charge des personnes handicapées dans les différentes structures du réseau ville-hôpital.

En quatre ans, 3 600 patients³ et 76 établissements médico-sociaux ont adhéré au réseau (10-13). En 2010, 1 620 personnes en situation de handicap ou de dépendance ont bénéficié d'un suivi dans le cadre du réseau. Leur état bucco-dentaire s'est stabilisé et les besoins en soins (essentiellement de prévention) sont moins importants. C'est aussi le constat d'une étude portant sur des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (14).

L'adhésion d'un établissement médico-social au réseau SBDH-RA représente un engagement. La structure met en place un programme de santé orale en participant à la campagne de prévention Handi'Sourire et en formant régulièrement son personnel. Le réseau SBDH-RA réalise, au moins une fois par an et « à domicile », un examen de dépistage des résidents, coordonne les soins en sollicitant les structures les mieux adaptées, présente un bilan annuel mettant en avant le service médical rendu : réduction de la prévalence de la carie, évolution de l'état des gencives, etc.

Les actions initiées en direction des personnes handicapées en 1996 par le service d'odontologie du centre hospitalier Le Vinatier ont été démultipliées à

partir de 2004 par l'association Sohdev, et à partir de 2005 par le réseau SBDH-RA. Les équipes de ces structures et les dispositifs mis en place essaient de répondre aux besoins spécifiques d'une population longtemps négligée et oubliée. Les besoins sont cependant loin d'être couverts. Une plus forte mobilisation des acteurs médicaux, paramédicaux, éducatifs serait souhaitable.

Éric-Nicolas Bory

Odontologiste – épidémiologiste clinicien,
Centre hospitalier Le Vinatier, Bron,
Président, Réseau Santé bucco-dentaire
& handicap Rhône-Alpes (SBDH-RA),
Association Sohdev, Bron.

► Références bibliographiques

- (1) Hennequin M. Accès aux soins bucco-dentaires. In : Haute Autorité de santé. *Accès aux soins des personnes en situation de handicap*. Texte des experts, tome 1. Saint-Denis : HAS, 2008 : p. 69-93.
- (2) ASPBD, conseil général du Val-de-Marne, service de promotion de la santé bucco-dentaire. Actes de la 9^e journée de santé publique dentaire 2009. Les situations de handicap en santé bucco-dentaire. ASPBD, juin 2010 : 65 p.
- (3) Anesm. Besoins en santé des personnes handicapées. *Lettre de cadrage*, octobre 2011 : 20 p. En ligne : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_de_cadrage_Besoins_en_sante_des_personnes_handicapees_101011.pdf
- (4) Hescot P., Moutarde A. Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. Rapport de la mission « Handicap et santé bucco-dentaire ». Paris : Secrétariat d'État chargé de la Famille et de la Solidarité, 2010 : 61 p.
- (5) Sohdev. Vers une pérennisation des actions.

La Lettre de Sohdev, 2011, n° 6 : 6 p.

- (6) Sohdev. Des actions à destination des personnes avec autisme et TED. *La Lettre de Sohdev*, 2010, n° 5 : 4 p. En ligne : http://www.sohdev.org/telechargement/Lettre_SOHDEV_N5-mail.pdf

- (7) Circulaire n° DGOS/RH4/2011/210 du 6 juin 2011 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel.

- (8) Moysan V., Hennequin M., Bory E.N., Dorin M. Développement d'indicateurs originaux en santé bucco-dentaire dans le cadre du programme national interrégime 2004 de l'Assurance maladie, en France. *Pratiques et Organisation des soins*, octobre-décembre 2006, vol. 37, n° 4 : p. 285-298.

- (9) Dorin M., Moysan V., Cohen C., Collet C., Hennequin M. Évaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, en France. *Pratiques et Orga-*

1. Association Santé orale, handicap, dépendance et vulnérabilité. <http://www.sohdev.org>
2. Réseau Santé bucco-dentaire & handicap Rhône-Alpes. <http://www.reseau-sbdh-ra.org>
3. Données réseau SBDH-RA au 31/12/2011.

nisation des soins, octobre-décembre 2006, vol. 37, n° 4 : p. 299-312.

- (10) Réseau SBDH-RA. Un accès à la santé bucco-dentaire adapté aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes. *La Lettre du réseau*, 2004, n° 1 : 4 p. En ligne : www.reseau-sbdh-ra.org/infotelecharge/lettreun.pdf

- (11) Réseau SBDH-RA. Vers une régionalisation du réseau SBDH-RA. *La Lettre du réseau*, 2010, n° 8 : 4 p. En ligne : www.reseau-sbdh-ra.org/infotelecharge/Lettre-RSBDH-RA-N°8MAIL.pdf

- (12) Réseau SBDH-RA. Les référents du réseau SBDH-RA. *La Lettre du réseau*, 2010, n° 9 : 4 p.
- (13) Réseau SBDH-RA. Des besoins toujours croissants. *La Lettre du réseau*, 2011, n° 10 : 4 p.
- (14) Bory E.N., Laurendon C., Barro S.A., De Bonis J., Lambert A., N'Diaye G., et al. Introduction : la santé bucco-dentaire des résidents en Ehpad : initiatives en Rhône-Alpes. *La Revue de Gériatrie*, octobre 2011, vol. 36, n° 8 : p. 567-568.

Focus sur le Programme autisme et santé orale

Le Programme autisme et santé orale (Paso) a pour but de modéliser une prise en charge adaptée de la santé bucco-dentaire (prévention, dépistage, éducation pour la santé orale [Eso], soins, suivi, etc.) des enfants et adolescents présentant des troubles du spectre autistique (TSA).

Objectifs du Paso :

- prévenir l'apparition des troubles du comportement provoqués par l'environnement anxiogène du cabinet dentaire ;
- faciliter l'accès à la prévention, à l'éducation thérapeutique, aux soins, au suivi, et mettre en place un accompagnement adapté ;
- obtenir la coopération du patient et de son entourage à l'hygiène bucco-dentaire et aux soins dentaires ;
- mettre à disposition des usagers et des professionnels les outils de médiation et de communication adaptés aux enfants autistes (pictogrammes, carnets de liaison, bandes dessinées, films, bandes-son, etc.).

Le Paso a été lancé en 2009 grâce à la complémentarité et à la synergie de l'association Sohdev, du réseau SBDH-RA et du service d'odontologie du centre hospitalier Le Vinatier. L'implication d'un groupe d'experts et un partenariat établi avec le Centre ressource autisme Rhône-Alpes et l'association Autisme France ont conduit à la création des outils spécifiques de communication et de médiation. Un nouveau site Internet de Sohdev a été ouvert, début 2012, pour permettre une diffusion d'outils et de recommandations [<http://www.sohdev.org>].

Une étude pilote a été initiée en 2011 auprès de cinquante enfants et adolescents présentant des troubles autistiques pris en charge individuellement. L'étude est actuellement en cours d'évaluation.

Une prise en charge collective de personnes avec autisme s'organise actuellement dans plusieurs structures médicales ou médico-sociales pour mettre en place une prévention et un parcours de soins adapté.

Inter-relations entre activité physique sportive et santé bucco-dentaire

En France, la pratique d'une activité physique sportive concerne 89 % des 15-75 ans (1). Si elle participe pleinement au maintien et à l'amélioration de la santé de la population, certaines pratiques sportives mal adaptées ou à risque peuvent avoir des effets négatifs sur la santé, notamment bucco-dentaire (2). Illustration avec le sport en club et le sport de haut niveau.

Le suivi longitudinal du sportif de haut niveau impose un bilan bucco-dentaire. Ce dispositif réglementaire permet, tout d'abord, de réinsérer dans le système de santé les sportifs peu ou pas sensibilisés, ensuite d'instaurer une habitude de suivi annuel garant d'un état bucco-dentaire compatible avec la pratique sportive de compétition.

L'activité physique sportive (APS) organisée (clubs, associations, etc.) peut faciliter la diffusion d'informations de prévention, ainsi que la mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé. Les « thèmes-leviers » de ces actions sont axés sur les conséquences des affections

bucco-dentaires sur la préparation et la compétition du sportif, ou encore la prévention des traumatismes dans les sports à risque. Les conseils sont souvent efficacement relayés par les éducateurs, les entraîneurs ou les responsables sportifs. Et le vécu des athlètes du groupe participe à la promotion de conduites en faveur du maintien de la santé bucco-dentaire comme, par exemple, le port d'une protection intra-buccale (protège-dents) dans les sports à risque (rugby, handball, etc.) (3).

Effet de l'activité physique sur l'état bucco-dentaire

La prise fréquente de compléments énergétiques (acides et riches en sucres, sels minéraux et vitamines) contribue à majorer le risque d'atteintes bucco-dentaires principalement dans la pratique de sports d'endurance tels que le marathon, le triathlon ou le cyclisme, mais aussi dans d'autres disciplines. Ces compléments sont impliqués dans l'érosion des surfaces dentaires et favorisent le développement de lésions carieuses (4).

L'activité intensive, liée au volume d'entraînement ou à la compétition, peut provoquer une immunodépression¹ favorisant le passage à un stade aigu d'affections chroniques. Cela se traduira, par exemple, par le développement d'un abcès sur une dent de sagesse incluse ou sur une dent cariée (4).

Le risque de traumatismes bucco-dentaires (principalement représentés par une fracture de l'incisive centrale du haut) est clairement identifié dans la pratique de sports de combat et de contact (boxe, arts martiaux, rugby, handball, basket-ball, etc.), mais peut aussi être la conséquence d'actes de violence (bagarres et coups portés en dehors des règles imposées par la discipline). Le risque lié à la pratique apparaît majoré en fonction du poste occupé (les avants pour le rugby), de la période d'activité (surtout début et fin de saison), de l'intensité de la pratique (principalement lors de compétitions). De plus, l'état de santé bucco-dentaire – par exemple la présence d'une dent de sagesse – peut contribuer



à augmenter le risque de traumatisme dans les sports de combat (boxe, etc.). Pour les sports à risque, il est recommandé de porter une protection intra-buccale (PIB)². Certaines fédérations sportives (boxe et football américain par exemple) vont même jusqu'à l'imposer.

Dispositifs de prévention pour préserver l'état bucco-dentaire et la santé

Le port d'une PIB, permettant de serrer les mâchoires dans les phases à risque de la pratique sportive, va non seulement protéger les dents, mais aussi limiter le risque de commotion cérébrale (le

« K.-O. » du boxeur) et de traumatisme des vertèbres cervicales par un meilleur maintien de la tête et du cou (5, 6).

La posture du sportif peut être améliorée par le port d'une gouttière en résine placée entre les dents qui va repositionner les mâchoires. Cependant, son utilisation doit être évaluée dans le cadre d'un suivi pluridisciplinaire (médecin du sport, kinésithérapeute, podologue, etc.) (7).

Effets négatifs de l'état bucco-dentaire sur l'activité physique

Un état bucco-dentaire (hygiène, prévention, protection, etc.) défavorable peut avoir des effets négatifs.

Pour ce qui est des sportifs réguliers et de haut niveau, les affections bucco-dentaires, susceptibles de déclencher douleurs et infections, sont peu compatibles avec la pratique d'une APS : difficultés pour s'alimenter, troubles du sommeil, perturbation de l'entraînement et de la compétition (8, 9).

La pratique de l'activité physique, qu'elle soit dans un cadre « santé-loisir » ou dans un cadre « sport-compétition », présente des spécificités qui seront prises en compte lors de la consultation du chirurgien-dentiste afin :

- de traiter d'abord les problèmes dentaires sources d'infection, de risque de blessure ou de perturbation de la posture ;
- d'apporter ensuite des conseils d'hygiène bucco-dentaire adaptés aux apports énergétiques consommés ;
- de conseiller enfin sur les moyens de protection contre le risque de blessure.

Ces conseils seront aussi relayés par les éducateurs intervenant dans le milieu scolaire et dans les associations afin de contribuer au maintien et à l'amélioration de la santé de l'ensemble des pratiquants.

Philippe Poisson

MCU-PH, UFR d'Odontologie,
Université Bordeaux Segalen
et CHU de Bordeaux,

Président de l'Association française de médecine bucco-dentaire du sport (AFMBS).

► Références bibliographiques

- (1) Lefèvre B., Thierry P. Les premiers résultats de l'enquête 2010 sur les pratiques physiques et sportives en France. *Stat-Info*, 2010, n° 10-01 : 4 p. En ligne : http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/Stat-Info_01-11_decembre2010.pdf
- (2) Ministère des Sports, Comité national olympique et sportif français. *Les États généraux du sport*. Paris : MJS, CNOSF, 2002 : p. 75-88.
- (3) Gardiner D.M., Ranalli D.N. Attitudinal factors influencing mouthguard utilization. *Dental Clinics of North America*, 2000, vol. 44, n° 1 : p. 53-65.
- (4) Foster M., Readman P. Sports dentistry, what's it all about? *Dental Update*, 2009, vol. 36, n° 3 : p. 135-144.
- (5) Poisson P., Petit J., Bou C., Dupuis V., Dorignac G. Protection intra-buccale individuelle. *Les Cahiers de prothèse*, 2007, n° 137 : p. 47-54.

- (6) Poisson P. Les traumatismes dento-maxillaires dans le sport : Épidémiologie, facteurs de risque et moyens de prévention. *Cinésiologie*, 2007, n° 236 : p. 150-154.
- (7) Egret C., Leroy D., Loret A., Chollet D., Weber J. Effect of mandibular orthopedic repositioning appliance on kinematic pattern in golf swing. *International Journal of Sports Medicine*, 2002, vol. 23, n° 2 : p. 148-152.
- (8) Piccininni P.M., Fasel R. Sports dentistry and the Olympic Games. *CDA Journal*, 2005, vol. 33, n° 6 : p. 471-483.
- (9) Soler Badia D., Batchelor P.A., Sheiham A. The prevalence of oral health problems in participants of 1992 Olympic Games in Barcelona. *International Dental Journal*, 1994, vol. 44, n° 1 : p. 44-48.

1. Immunodépression : dégradation des défenses immunitaires due à la fatigue.

2. Actuellement, deux catégories de PIB sont disponibles :

- « les PIB adaptables » achetées dans le commerce que le sportif adaptera à sa bouche par une technique de thermo-moulage ;
- « les PIB sur mesure » réalisées, après prise d'empreinte par un chirurgien-dentiste, suivant des techniques d'injection ou de thermoformage (5, 6).

Les drogues licites ou illicites, ennemies de la santé bucco-dentaire

La consommation intensive de certaines drogues, comme l'héroïne, a des effets fortement délétères sur la santé bucco-dentaire. L'usage de substances licites, comme le tabac, peut aussi avoir des effets néfastes. Toutefois, une démarche de prévention et des soins adaptés aux patients usagers de produits psycho-actifs permet d'améliorer notablement leur situation.

L'ensemble des produits – licites ou illicites – auxquels les consommateurs ont recours : tabac, alcool, héroïne, cocaïne, cannabis, etc., peuvent avoir d'importantes conséquences sur la santé bucco-dentaire.

Pour ce qui concerne l'usage de drogues illicites, le toxicomane, souvent, n'a pas un comportement nutritionnel adapté, et présente des carences alimentaires qui prennent une place importante dans les pathologies bucco-dentaires. Physiologiquement, il aime à consommer de grandes quantités de sucres sous diverses formes, notamment pour compenser une certaine sécheresse buccale. Il a d'ailleurs été démontré que l'injection d'héroïne entraînait une hyperglycémie¹. Psychologiquement, le toxicomane se tourne plus volontiers vers les aliments sucrés quand il n'a pas de drogue. Or, l'excès de sucre, dans le contexte de malnutrition, accentue le déficit en vitamines B1, aggravant entre autres l'acidification de la bouche.

La sécrétion salivaire protège la bouche, mais sa diminution, reconnue chez les toxicomanes, peut notamment provoquer un délabrement dentaire (carie, maladies des tissus de soutien de la dent, etc.), lequel entraîne une détérioration esthétique et une difficulté d'élocution.

La souffrance dentaire et la détérioration de l'image de soi peuvent également accentuer des troubles psychiatriques et anxio-dépressifs.

Par ailleurs, l'association du tabac et de l'alcool favorise et augmente les risques de cancers buccaux. Les patients, usagers de ces substances, sont donc à haut risque et doivent faire l'objet d'un dépistage systématique des lésions précancéreuses de la bouche.

On notera que toute tentative de

réinsertion sociale passe aussi par une réhabilitation buccale (prothèses, bridges, soins divers).

Les toxicomanes se montrent peu enclins à fréquenter le cabinet du dentiste. Les raisons en sont multiples :

- leur état de dépendance ;
- leur expérience passée négative auprès d'un chirurgien-dentiste ;
- la difficulté des chirurgiens-dentistes à investir des patients peu solvables ou peu persévérants dans leurs soins, quand ce ne sont pas les deux à la fois ;
- une anxiété exacerbée ;
- les difficultés économiques et parfois le manque de couverture sociale, ce qui nécessite de la part du praticien d'avoir des relais avec des travailleurs sociaux.

C'est pourquoi ces patients sont généralement vus en urgence : la douleur et le préjudice esthétique étant souvent à l'origine de la première consultation.

Dans toute démarche de prévention, le professionnel doit travailler sur une première et difficile étape : inciter le patient à adopter une hygiène dentaire, sans en faire un préalable mais en expliquant que sans cela tous les soins sont voués à l'échec.

En intervenant très tôt sur les caries à progression rapide des injecteurs d'héroïne, il est possible, dans certains cas, d'éviter des délabrements par des soins conservateurs appropriés. Parallèlement, il est nécessaire que le patient accepte un traitement de substitution aux opiacés et améliore son hygiène bucco-dentaire par un brossage dentaire matin et soir avec une brosse à dent souple et un dentifrice fluoré.

L'équipe médicale doit également être attentive à prescrire des médicaments psychotropes qui ne provoquent pas de sécheresse buccale. Elle doit

conseiller aux patients sous méthadone (produit de substitution à l'héroïne commercialisé sous forme de solution de saccharose buvable, extrêmement cariogène) d'éviter la stagnation en bouche après la prise de ce médicament, sous peine d'aggravation des lésions dues aux stupéfiants.

Si possible, l'équipe médicale veillera aussi à aider le patient à arrêter la consommation de tabac.

Pour favoriser une meilleure prise en charge de la santé bucco-dentaire des patients usagers de substances psycho-actives, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) en partenariat avec l'Inpes a conçu, en décembre 2011, deux affiches (l'une pour les structures d'accueil et de soins des toxicomanes et l'autre pour les cabinets dentaires). Un site d'information et de formation destiné aux chirurgiens-dentistes a également été mis en place avec le concours du ministère chargé de la Santé (www.infosdentiste-saddictions.org).

En conclusion, les toxicomanes, de par leur pratique addictive, présentent de lourdes pathologies bucco-dentaires. La prévention et la promotion de la santé bucco-dentaire auprès de ces personnes fragilisées permettraient de réduire les facteurs de risque.

Fabien Cohen

Chirurgien-dentiste, secrétaire général de la Société française des Acteurs de la santé publique bucco-dentaire (ASPB), Paris.

1. Une hyperglycémie est un taux de sucre dans le sang trop élevé. Ceci correspond à une glycémie supérieure à 1,26 g/L à jeun, et à 2,00 g/L le reste du temps. Celle-ci est un des symptômes révélateurs d'un diabète. Le contraire d'une hyperglycémie est une hypoglycémie.

Éducation thérapeutique en santé bucco-dentaire

Le processus d'« éducation thérapeutique » est fondé sur la coopération entre le professionnel et son patient. Il vise notamment à accroître le pouvoir d'agir, l'autonomie et la santé du patient. Dans le domaine bucco-dentaire, ce levier que représente l'éducation du patient est peu utilisé, faute de culture, de temps, de structures et de prise en charge adéquates.

Les processus généraux d'éducation thérapeutique du patient (ETP)¹ sont parfaitement applicables aux actions bucco-dentaires, bien que les chirurgiens-dentistes n'aient pas été cités dans la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et ses décrets de mise en œuvre. Peut-être cette absence reflète-t-elle le fait que la profession des dentistes s'estime habituée à expliquer aux patients les pratiques d'hygiène bucco-dentaire. Elle n'en est pas moins très regrettable dans la mesure où de nombreuses pathologies chroniques interagissent avec la santé bucco-dentaire et que les méthodes de l'ETP sont plus sophistiquées que la simple explication. L'intégration de la santé bucco-dentaire dans la démarche d'ETP est à double sens : le chirurgien-dentiste doit pouvoir inscrire sa démarche éducative dans une perspective globale de soin, incluant les autres pathologies dont souffre le patient ; et, ce qui semble plus délicat, les médecins engagés dans une démarche éducative avec leur patient doivent y intégrer une dimension de santé bucco-dentaire.

Principales pathologies chroniques et interactions avec la santé bucco-dentaire

La santé bucco-dentaire interagit principalement avec le diabète, les maladies cardio-vasculaires et l'obésité, comme co-morbidité associée. Ces maladies chroniques ont des conséquences sur la santé bucco-dentaire, et inversement la santé bucco-dentaire peut avoir des conséquences sur ces pathologies. Une santé bucco-dentaire altérée est donc un facteur de risque.

La maladie parodontale est une complication potentielle du diabète mal équilibré. Il existe en effet une relation avérée entre santé bucco-dentaire, maladie parodontale et diabète. La maladie parodontale peut déséquilibrer un diabète lequel peut, à son tour, entraîner une maladie parodontale. Des essais cliniques tendent, par ailleurs, à montrer qu'un traitement parodontal peut contribuer à améliorer l'équilibre du diabète.

Il en est de même avec certaines pathologies cardio-vasculaires. Deux hypothèses explicatives peuvent être énoncées : d'une part, la circulation dans le sang des protéines produites par les bactéries logées dans les gencives inflammatoires contribue au rétrécissement des artères coronaires ; d'autre part, la fixation des bactéries pathogènes buccales sur les plaques graisseuses des artères coronaires contribue à former des caillots. Mais des cofacteurs existent. Ainsi, l'obésité et la mauvaise santé bucco-dentaire partagent les mêmes causes : un régime trop riche en hydrates de carbone qui potentialisent leurs effets cardio-vasculaires. Il en est de même du tabac qui retentit à la fois sur la santé bucco-dentaire et le système cardio-vasculaire.

Modalités de mise en œuvre

L'ETP en santé bucco-dentaire ne diffère pas de celle appliquée aux pathologies chroniques. Elle mobilise le diagnostic éducatif², insistant particulièrement sur les représentations qu'a le patient à l'égard de sa bouche et de ses dents. On connaît en effet les étroites relations entretenues entre la mésestime de soi, largement partagée

par les personnes en situation de précarité, et les négligences en matière de santé bucco-dentaire. L'inaccessibilité financière, incontestable, est cependant parfois un prétexte pour ne pas éliminer le « signe extérieur de souffrance » que représente pour une personne en mal d'auto-estime une bouche mal ou non soignée.

La notion de contrat éducatif est totalement inhérente à la démarche du dentiste car ce dernier ne peut pratiquer certains soins que sur des bouches à l'hygiène parfaite. Il s'agit donc pour le patient de s'engager à maintenir ou à acquérir cette hygiène, en échange de quoi le dentiste pourra intervenir.

Plus innovante sera la manière de contractualiser avec le patient. Le plus souvent, en effet, est fait appel à la coercition, symbolique ou réelle, dans un jeu de pouvoir où la crainte de la roulette joue un rôle majeur. Détacher les étudiants, futurs praticiens, de cette représentation d'un savoir scientifique omnipotent et indiscutable auquel le patient n'a qu'à se soumettre, est un défi renouvelé à chaque génération universitaire !

Placer le patient au cœur du dispositif de soins

La véritable évolution que représente l'ETP est de placer le patient au centre du dispositif de soins dès l'élaboration d'objectifs pédagogiques. Le professionnel s'abstenant de fixer *a priori* ce que le patient doit apprendre, c'est dans les échanges avec le patient – autour de ce qu'il sait déjà, et la confiance qu'il accorde à ses propres compétences – que sera bâti le programme éducatif.

La mise en œuvre des actions pédagogiques d'ETP en soins bucco-dentaires fait aussi l'objet d'innovations. En s'éloignant d'une relation trop imprégnée de soins craints car désagréables, si ce n'est douloureux, en instaurant donc un échange hors cabinet du chirurgien-dentiste, on permet au patient de s'approprier les notions en les intégrant dans un univers proche de son quotidien. Il est ainsi souhaitable d'organiser des séances collectives en santé bucco-dentaire pour les patients atteints de maladies chroniques, au même titre que celles animées par des diététiciennes sur la nutrition ou les kinésithérapeutes sur l'exercice physique.

Le collectif permet de se détacher de la problématique de souffrance individuelle, de socialiser les propos du chirurgien-dentiste, de les inscrire donc dans un quotidien assumé par le patient. Ceci, tout en maintenant, grâce à la convivialité, une dédramatisation voire une dose d'humour, favorisant le recul et la prise de distance. Il serait

ainsi nécessaire de créer ces séances collectives en santé bucco-dentaire dans toutes les démarches d'ETP de pathologies chroniques concernées.

Enfin, le suivi éducatif doit faire l'objet de consultations spécifiques de la part des chirurgiens-dentistes, là aussi détachées du soin et des actes, pour se donner le temps et la disponibilité d'esprit afin de co-construire la démarche. Malheureusement, de telles consultations ne sont pas encore prises en compte par la nomenclature de la Sécurité sociale.

L'ETP en santé bucco-dentaire n'est entrée ni dans les mœurs, ni dans la loi, ce qui représente une vraie lacune du système de santé français. De ce fait, les chirurgiens-dentistes ne se sentent pas tenus d'acquiescer une méthodologie spécifique et la plupart continuent de « bricoler au fauteuil » des explications parfois injonctives, sources de situations de grande frustration devant des conseils non suivis. En parallèle, la santé bucco-dentaire est le plus sou-

vent absente des actions éducatives classiquement mises en œuvre pour les pathologies chroniques, reproduisant la déconnexion entre santé générale et santé bucco-dentaire décrite dans d'autres articles de ce dossier. Une telle dichotomie est évidemment préjudiciable à la démarche éducative globale et à la santé des patients.

Stéphane Tessier

Médecin de santé publique,

Sylvie Azogui-Lévy

Chirurgien-dentiste, maître de conférences des universités, Paris 7 Denis-Diderot.

1. L'ETP est l'action d'accompagner les patients dans le suivi de leur traitement en leur donnant les capacités de les gérer ainsi que leur maladie.

2. Première phase de l'ETP, voir d'Ivernois J.F., Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique. Paris : Maloine, coll. Éducation du patient, 2011 : 160 p.

► Bibliographie

- Hescot P., Roland E. *La Santé dentaire en France. Enfants de 6 à 12 ans*. Paris : UFSBD, 2006 : 84 p.
- Bourgeois D., Bouchard P., Mattout C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003. *Journal Periodontal Research*, vol. 42, n° 3 : p. 219-227.
- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. *Enquête sur la santé et la protection sociale 2008*. Rapport Irdes, juin 2010 : 258 p. En ligne : <http://irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
- Azogui-Lévy S., Rochereau T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. *Questions d'économie de la santé*, 2005, n° 94 : 8 p. En ligne : www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes94.pdf
- Bois D., Massonnaud J., Melet J. *Mission odontologie*. Rapport auprès du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, novembre 2003. En ligne : www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000687/0000.pdf
- Paris V., Renaud T., Sermet C. Des comptes de la santé par pathologie. Un prototype sur l'année 1998. *Questions d'économie de la santé*, 2002, n° 56 : 8 p. En ligne : www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes56.pdf

- Gilbert G.H., Duncan R.P., Shelton B.J. Social determinants of tooth loss. *Health Services Research*, 2003 ; vol. 38 : p. 1843-1862.
- Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. *Études et Résultats*, 2005, n° 378 : 11 p. En ligne : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er378.pdf
- Locker D. Deprivation and oral health: a review. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2000, vol. 28, n° 3 : p. 161-169.
- Bedos C., Brodeur J.-M., Benigeri M., Olivier M. Inégalités sociales dans le recours aux soins dentaires. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2004, vol. 52, n° 3 : p.261-270.
- Borgès Da Silva G., Minguet-Fabbri J., Orgebin J.-Y., Herter G., Chanut C., Mabriez J.-C. Inégalités sociales de santé dentaire : la mesure du risque et des besoins sanitaires. *Santé publique*, 2003, vol. 15, n° 3 : p. 347-358.
- Wamala S., Merlo J., Boström G. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: The Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, vol. 60, n° 12 : p. 1027-1033.

Pour en savoir plus

- Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde, 2003. En ligne : www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_fr.pdf
- Petersen P.E. The World Oral health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2003, vol. 31 (suppl 1) : p. 3-24.
- Site Internet : www.mtdents.info
- Haute Autorité de santé (HAS). Stratégies de prévention de la carie dentaire. Rapport mars 2010. En ligne : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_991247/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. *Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans*. Mise au point. Afssaps, octobre 2008 : 20 p. En ligne : <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Fluor-et-prevention-de-la-carie-dentaire-Mise-au-point>
- Fédération dentaire internationale (FDI). The oral health atlas: Mapping a neglected global health issue. *Developing Dentistry*, 2009, vol. 10, n° 1. www.oralhealthatlas.org

Pour en savoir plus

Les sources d'information proposées dans cette rubrique s'inscrivent dans une approche globale de la santé bucco-dentaire. La littérature généraliste francophone sur ce sujet dans le champ de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé est à ce jour très peu fournie. Nous avons retenu quelques références anglophones et écarté celles relatives aux soins. Dans un premier temps, les ressources proposées dressent un rapide état des lieux de la santé bucco-dentaire en France et dans le monde, en insistant sur les inégalités de santé. Ensuite, des documents d'orientation et d'intervention pour la mise en place d'actions sont décrits. Une brève sélection de sites Internet clôture cette rubrique. Les organismes cités sont présentés dans un article du dossier. Les adresses des sites Internet ont été consultées et vérifiées le 17/02/2012.



Données – Études sur la santé bucco-dentaire

• Azogui-Lévy S., Rochereau T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. *Questions d'économie de la santé*, 2005, n° 94 : 8 p.

En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes94.pdf>

• TNS Sofres. *La santé dentaire. Eurobaromètre Spécial 330*. Bruxelles : TNS Sofres, 2010 : 62 p.

En ligne : http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_330_fr.pdf

• Danet S. dir. *Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans*. In : L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011 : p. 320-321.

En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf

• Devoue E.-M. Arbitrage entre prévention et soins curatifs dentaires. *Journal d'économie médicale*, 2008, vol. 26, n° 8 : p. 419-430.

• Hescot P., Rolland E. *La Santé dentaire en France, enfants de 6 et 12 ans*. Paris : UFSBD, 2006 : 84 p.



• Petersen P. E. *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003 : poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXI^e siècle - l'approche du programme OMS de santé bucco-dentaire*.

En ligne : http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_fr.pdf

• Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. *Études et Résultats*, 2005, n° 378 : 12 p.

En ligne : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er378.pdf

• The Oral Health Atlas: mapping a neglected oral health issue. FDI World Dental Education. Ltd & Myriad Editions, 2009 : 120 p.



Inégalités de santé bucco-dentaire

• Alimentation et santé dentaire : un risque majoré pour les plus démunis. *Alimentation, Société & Précarité*, 2008, n° 41 : p. 5.

• Bedos C., Brodeur J.-M., Benigri M., Olivier M. Inégalités sociales dans le recours aux soins dentaires. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2004, n° 52 : p. 261-270.

• Borges Da Silva G., Minguet-Fabbri J., Orgebin J.-Y., Herter G., Chanut C., Mabriez J.-C. Inégalités sociales de santé dentaire : la mesure du risque et des besoins sanitaires. *Santé publique*, 2003, n° 15 : p. 347-358.

• Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. Le renoncement aux soins pour des raisons financières : une approche économétrique. *Questions d'économie de la santé*, 2011, n° 170 : 6 p.



En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

• Madrid C., Abarca M., Pop S., Bodenmann P., Wolff H., Bouferrache K. Santé buccale : déterminants sociaux d'un terrain majeur des inégalités. *Revue médicale suisse*, 2009, vol. 5, n° 219 : p. 1946-1951.

• Watt R.G. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2002, vol.30, n° 4 : p. 241-247.

Prévention bucco-dentaire

• ASPBD, conseil général du Val-de-Marne, service de promotion de la santé bucco-dentaire. *La santé bucco-dentaire dans la promotion de la santé : ASPBD, 10^e journée de santé publique dentaire*, 2011 : 78 p.

• Castot A., Rouleau-Quenette A., Broca O., Rebiere I. coord. *Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans*. Mise au point. Saint-Denis : Afssaps, 2008 : 20 p.

En ligne : <http://www.afssaps.fr/content/download/16165/188702/version/5/file/fluor-final.pdf>

• Haute Autorité de santé. *Stratégies de prévention de la carie dentaire. Argumentaire*. Saint-Denis : HAS, mars 2010 : 180 p.

En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_991244/argumentaire-strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire

• *Plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009*. Paris : ministère de la Santé, 2005 : 2 p.

En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_de_prevention_bucco-dentaire_2006-2010.pdf

En ligne (synthèse du plan) : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_du_plan_bucco-dentaire.pdf

Prévention auprès des jeunes

- Dohen A. *Éducation à la santé bucco-dentaire en moyenne section de maternelle : création d'un outil pédagogique*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire. Lille : Université du droit et de la santé Lille 2, 2011 : 114 p.
- Foucault C. *Promotion de la santé bucco-dentaire de l'enfant*. *Journal des professionnels de l'enfance*, 2008, n° 50 : p. 30-31.
- Kay E.J., Locker D. Is dental health education effective: a systematic review of current evidence. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1996, vol. 24, n° 4 : p. 231-235.
- Le dépistage bucco-dentaire auprès des élèves de 6^e en Côte-d'Or. *La revue de santé scolaire et universitaire*, 2011, n° 12 : p. 29-31.
- Mousset M.-M., Trentesaux T., Ternois M. Un projet interprofessionnel pour un programme de santé publique : la prise en charge bucco-dentaire de l'enfant. *ADSP*, 2010, n° 70 : p. 55-57.



- *Santé bucco-dentaire : où sont les jeunes ! La place de la santé bucco-dentaire chez les jeunes adultes*. Actes du colloque du 9 octobre 2009. Paris : UFSBD, 2010 : 49 p.
En ligne : http://www.ufsbd.fr/images/stories/ufsbd_actes_colloque_jeunes_nov2009.pdf
- Tubert-Jeannin S., Lecuyer M.-M., Manevy R., Pegon-Machat E., Decroix B. Évaluation après un an d'un programme de promotion de la santé orale à l'école maternelle. *Santé publique*, 2008, vol. 20, n° 1 : p. 7-17.
- Tubert-Jeannin S., Leger S., Manevy R. Addressing children's oral health inequalities: Caries experience before and after the implementation of an oral health promotion program. *Acta Odontologica Scandinavica (In press)*.
- Watt R.G. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, vol. 83, n° 9 : p. 711-718.



Prévention auprès des sujets âgés, des personnes handicapées et des personnes en situation d'addiction

- Bory E.-N., Laurendon C., Barro S.-A., De Bonis J., Lambert A., N'Diaye G. et al. Dossier : La santé bucco-dentaire des résidents en Ehpad : initiatives en Rhône-Alpes. *La Revue de gériatrie*, 2011, vol. 36, n° 8 : p. 567-584.
- Dorin M., Moysan V., Cohen C., Collet C., Hennequin M. Évaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, en France. *Pratiques et organisation des soins*, 2006, n° 4 : p. 299-312.
- Hescot P., Moutarde A. Rapport de la mission « handicap et santé bucco-dentaire ». Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. Paris : ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, 7 juillet 2010 : 61 p.
- McGrath C., Zhang W., Lo E.C. A review of the effectiveness of oral health promotion activities among elderly people. *Gerodontology*, 2009, vol. 26, n° 2 : p. 85-96.
- Mouchel-Drillot P., Bancaud F. *Handhygiène bucco-dentaire : guide pratique d'hygiène bucco-dentaire pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap*. Paris : Edilivre éditions, 2009 : 131 p.
- Petersen P.E., Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2005, vol. 33, n° 2 : p. 81-92.
- Cohen F., Lowenstein M. Les effets délétères du cannabis sur la santé bucco-dentaire. *Le Courrier des addictions*, 2010, vol. 12, n° 4 : p. 16-17.



Sites Internet

• La Mutualité française

Que ce soit auprès des seniors ou des plus jeunes, elle intervient au travers de ses centres de santé dentaires par des programmes d'éducation pour la santé bucco-dentaire.

<http://www.mutualite.fr/>

• M/T dents

Site interactif mis en place par l'Assurance maladie et les chirurgiens-dentistes. On y trouve notamment :

- des conseils d'hygiène bucco-dentaire ;
- des témoignages de chirurgiens-dentistes ;
- des jeux, des quiz ;
- des informations pratiques pour mieux comprendre le dispositif national mis en place et savoir comment y participer.

<http://www.mtdents.info>



• Société française des Acteurs de la santé publique bucco-dentaire (ASPBD)

Association créée en 2002 qui rassemble les acteurs de la santé publique dentaire dans leur diversité pour faciliter l'échange de savoirs et de compétences, aider à la mise en place de projets ou de programmes en apportant un appui méthodologique, en proposant des formations, par la création d'outils pédagogiques. L'association souhaite rassembler autour de la promotion de la santé publique bucco-dentaire en France ainsi que dans les pays francophones.

aspbd.free.fr

• Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD)

Créée en 1966 par la profession dentaire. Organisée en antennes départementales et régionales, les chirurgiens-dentistes en sont les acteurs. Ils interviennent dans des projets de prévention : séances d'éducation collective, dépistages bucco-dentaires, formations de partenaires-relais, que ce soit en milieu scolaire, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, etc.

<http://www.ufsbd.fr/>

Sandra Kerzanet
Documentaliste, Inpes.

L'initiation sexuelle des jeunes : un parcours relationnel sexuellement différencié

Contrairement à certaines idées reçues, les adolescents d'aujourd'hui n'entrent pas, en moyenne, plus tôt dans la vie sexuelle que la génération de leurs parents. Par ailleurs, l'hypersexualisation des jeunes, parfois décrite comme un phénomène nouveau, n'est pas corroborée par les études scientifiques. En revanche, avec l'affaiblissement du tabou de la relation sexuelle, les adolescents d'aujourd'hui affichent sans complexe leur sexualité, y compris grâce à de nouveaux supports offerts par Internet. La conception de la vie affective et sexuelle demeure toutefois différente selon qu'on est garçon ou fille, comme le souligne la sociologue Florence Maillochon.

Jusque dans les années 1970, la sexualité prémaritale, et en particulier celle des filles, était contrôlée avec attention. À une époque où la religion a perdu de son influence et où les unions matrimoniales, de plus en plus rares, sont conclues autour de 30 ans, il est devenu évident que les jeunes ont leurs premières expériences sexuelles en dehors du mariage. À l'exception des familles les plus pratiquantes¹, relativement peu nombreuses, la plupart des parents ne posent plus un interdit formel sur la sexualité de leurs adolescents. Ils ne renoncent pas pour autant à un certain contrôle de leur sexualité, notamment en diffusant des informations sur la contraception, occasions de rappeler ce qui leur semble être les « bonnes pratiques » : le bon moment, le bon partenaire, etc. Les parents évoquent davantage la sexualité avec leur fille qu'avec leur garçon. Ils cherchent aussi davantage à en contrôler les relations, quitte à autoriser une certaine tolérance dans leur propre domicile (3, 4). Les filles ne sont donc toujours pas éduquées aux premières relations sexuelles de la même façon que les garçons, même si elles partagent une condition juvénile, notamment scolaire, en de nombreux points semblables (5). La mixité des établissements scolaires permet désormais aux adolescents de faire leurs premiers pas ensemble, dans un entre-soi adolescent (6). Il est néanmoins fortement concurrencé par l'espace virtuel qui ouvre de nouvelles possibilités

d'échanges amicaux ou amoureux aux adolescents, avec de nouveaux codes qui demeurent encore trop peu étudiés sociologiquement. Cette nouvelle arène semble avoir permis l'émergence d'une culture jeune, incarnée dans le développement de formes de relations inédites, parce qu'indirectes, virtuelles. Cependant, malgré la formidable ouverture des échanges qu'Internet permet, sa pratique contribue davantage à renouveler les stéréotypes de genre, y compris sur la sexualité féminine et masculine, qu'à les abolir ou à les remodeler.

L'âge aux premiers rapports sexuels a peu évolué depuis trente ans

Depuis une trentaine d'années, l'âge au premier rapport sexuel n'a pas beaucoup évolué². Les garçons et les filles sont initiés à peu près au même âge. L'âge médian³ est de 17,2 ans pour les hommes et de 17,6 ans pour les femmes, d'après l'enquête CSF réalisée en 2006, contre respectivement 17,3 ans et 17,5 ans dans l'enquête ACSJ réalisée en 1993. La plupart des enquêtes réalisées en France (Espad, HBSC, Baromètre santé) confirment ces tendances. Dans l'ensemble, les jeunes ne sont donc pas tous précoces comme le laisse penser certains médias qui, depuis les années 2000, tentent d'importer d'outre-Atlantique la crainte d'une « hypersexualisation » des jeunes. Cette hypothèse pourrait toutefois se développer sur la

confusion entre la précocité de certaines préoccupations sexuelles des jeunes (et notamment leur engagement dans des relations amoureuses et affectives) et une véritable précocité dans les rapports génitaux. Malgré un intérêt certain des plus jeunes pour la sexualité, le premier rapport sexuel, la « première fois » (8), demeure un événement important, même si elle ne relève plus de l'interdit. Elle intervient le plus souvent au terme d'un processus d'apprentissage relativement long qui suppose plusieurs étapes.

Un premier baiser plus précoce

La première étape significative dans la découverte des personnes de l'autre sexe⁴ est l'échange du premier baiser. Celui-ci constitue un marqueur fort de l'expérience aussi bien d'un point de vue individuel que collectif. Des années après, la plupart des individus se souviennent encore de cet événement (2). Or, l'âge médian au premier baiser s'est considérablement abaissé au cours de la seconde moitié du XX^e siècle : de 17,5 ans pour les hommes de 60 à 69 ans à 14,1 ans pour les hommes de 18-19 ans, et respectivement de 16,6 ans à 13,6 ans pour les femmes (2). L'échange des premiers baisers fait donc désormais partie des expériences importantes des années « collège » (quand elles n'ont pas eu lieu avant). Cette pratique, qui s'affiche plus facilement dans les espaces publics, les parcs, les cours des établissements scolaires ou leurs alentours, mais aussi l'espace virtuel

des messageries instantanées, peut laisser penser ainsi à une sexualisation importante des adolescents, voire des pré-adolescents. Pourtant, ces flirts fondés sur les échanges de baisers ne s'accompagnent pas nécessairement de relations intimes plus poussées (9). La précocité au premier baiser ne conduit pas nécessairement à une plus grande précocité aux rapports sexuels. Il existe généralement un délai important entre l'échange du premier baiser et le premier rapport sexuel (de trois ans pour les hommes de 18-19 ans et de quatre ans pour les femmes de la même tranche d'âge). La plupart des jeunes traversent une longue période où les jeux de séduction, de flirt, parfois très manifestes, voire agressifs, s'exposent sans qu'une sexualité plus génitale (rapport sexuel) s'impose effectivement. Cette période d'apprentissage, souvent d'autant plus exposée volontairement aux autres que l'expérience sexuelle réelle est faible (9), pourrait être à l'origine des craintes d'hypersexualisation⁵ des jeunes exprimées essentiellement par les médias et reprises par les parents.

Un premier rapport sexuel majoritairement dans le cadre d'une relation amoureuse

La sexualité des adolescents qui apparaît dans les médias, notamment dans les émissions de « libre antenne » où elle s'expose sans pudeur, doit être nuancée⁶. À l'heure actuelle, le premier rapport sexuel s'inscrit pourtant encore majoritairement dans une relation longue et amoureuse : 66 % des adolescents ont leur première expérience avec une personne dont ils sont amoureux et qu'ils connaissent depuis presque un an et demi en moyenne avant de sortir avec elle (c'est-à-dire avant l'échange du premier baiser sur la bouche) et avec lesquels ils attendent ensuite un peu plus de cinq mois en moyenne avant d'avoir un rapport sexuel. La plupart des premières relations sexuelles sont donc loin d'être des passades et s'inscrivent dans des relations assez fortement investies aussi bien sentimentalement que temporellement – les deux dimensions étant souvent liées. À l'opposé, les premières expériences sexuelles conclues le plus rapidement possible (avec une personne rencontrée le jour même) ne concernent qu'une très faible proportion de jeunes (moins de 2 %). Ces éléments permettent de nuancer l'hypothèse de l'hypersexualisation des jeunes.



© Julien Abbareiz

Des relations qui ne sont plus cachées

Depuis trente ans, le contexte social de l'initiation sexuelle des jeunes s'est complètement transformé du fait de la plus grande visibilité et de l'audience accordées à la sexualité en général. Néanmoins, l'âge au premier rapport sexuel a peu évolué depuis plusieurs dizaines d'années, réfutant l'hypothèse d'une précocité toujours plus importante. Une plus grande visibilité des attirances et des jeux de séduction des adolescents est socialement davantage acceptée dans l'espace public, y compris chez les plus jeunes, sans qu'elle change radicalement l'agenda de leur initiation sexuelle. C'est en revanche la mise en scène des relations qui s'est considérablement transformée : de cachées, parce que prohibées, elles peuvent désormais s'afficher largement. C'est aussi la nature des pratiques sexuelles qui a profondément évolué : les jeunes expérimentant d'emblée un ensemble de pratiques (notamment orogénitales) que leurs aînés découvraient plus tardivement, voire jamais (3, 4).

Le premier rapport sexuel et l'apprentissage de rôles sexuels

Même si les garçons et les filles ont désormais leur première expérience au même âge, le cadre et les justifications de leurs relations diffèrent encore fortement. Les filles s'inscrivent dans des relations toujours beaucoup plus longues que les garçons du même âge, c'est-à-dire qu'elles connaissent leur partenaire depuis plus longtemps avant de sortir avec eux et qu'elles attendent plus

longtemps avant d'avoir leur première relation sexuelle avec lui (10). Elles se déclarent également beaucoup plus souvent amoureuses (76,3 % d'entre elles contre 56,5 % des garçons). Les jeunes filles s'investissent aussi plus directement dans leurs relations que les jeunes hommes. Entre 18 et 24 ans, les femmes sont plus souvent en couple avec leur premier partenaire que les hommes du même âge (13 % contre 4 %), et elles ont plus souvent expérimenté la vie en couple qu'eux (50 % contre 30 %) ([2] p. 165). La sexualité des femmes, et en particulier leur initiation, se fait donc dans un cadre qui a du mal à s'extraire des modèles sociaux de vie à deux, même si l'alliance matrimoniale n'est plus l'horizon revendiqué.

Les études sur les représentations de la sexualité montrent également combien le masculin reste encore fortement arrimé à la performance sexuelle et l'urgence du désir, quand le féminin reste associé aux sentiments et à l'engagement conjugal. Dans ces conditions, il semble plus difficile pour les jeunes femmes de dévoiler une sexualité, voire même de simples désirs, dissociés du cadre classique d'une relation fortement investie émotionnellement (9). Sans doute est-ce l'une des raisons pour lesquelles le nombre de partenaires déclarés par les femmes ne correspond toujours pas au nombre déclaré par les hommes (2). Les garçons semblent comptabiliser absolument toutes les partenaires avec lesquelles ils ont eu le moindre échange sexuel, tandis que les filles ne retiennent que les partenaires

« importants », c'est-à-dire qu'elles ont encore quelques réticences à avouer leurs simples aventures (9).

Les liens virtuels : une nouvelle liberté contrainte pour les femmes ?

La plupart des lycéens fréquentent les messageries instantanées dès qu'ils sont à leur domicile, prolongeant – sur des terrains souvent plus intimes – la conversation engagée auparavant dans l'espace scolaire, ou suppléant le contact qui ne s'y est pas produit. En 2002, 19 % des garçons et 25 % des filles de 15 ans déclaraient communiquer quotidiennement avec leurs amis par l'intermédiaire de mobiles, textos ou Internet ; ils sont le double en 2006 (11) et près du triple en 2009.

Les échanges par Internet permettent de nouer des relations en dehors des scènes habituelles et quotidiennes, d'afficher d'autres comportements que ceux qui sont les plus connus de tous, de montrer des faces cachées de soi ou de sa sexualité. Dans un espace où la sexualité peut se passer comme un jeu, sans conséquence immédiate d'atteinte physique ou morale, les filles trouvent un exutoire où elles empruntent les codes des garçons. Quand certains échanges sortent du

cadre virtuel et conduisent à des rencontres en face-à-face, ils reprennent des formes plus classiques. Les filles et les garçons déclarent en proportion équivalente ce moyen pour flirter (respectivement 11,6 % et 10,1 %) mais les filles l'utilisent moins fréquemment pour engager des relations sexuelles (respectivement 1,9 % et 3,4 %). Internet n'a donc que partiellement fait évoluer les stéréotypes de genre sur la sexualité, ne serait-ce que parce que les filles, sur la toile virtuelle comme dans la cour de l'école, doivent encore faire attention à leur « réputation », qui demeure un puissant instrument du contrôle de la sexualité des femmes.

Conclusion

Si l'interdit de la sexualité prémaritale s'est considérablement réduit et si les calendriers d'initiation sexuelle des filles et des garçons sont désormais comparables, l'étude des relations – réelles ou virtuelles – des jeunes invite à nuancer l'idée d'une norme d'initiation sexuelle qui serait équivalente pour les garçons et pour les filles. La découverte de la sexualité demeure profondément marquée par des codes qui régissent les possibles et qui, bien que plus permissifs sur la possibilité d'exposer les relations de flirt,

demeurent encore très contraignants sur l'affichage du désir sexuel, en particulier pour les jeunes femmes.

Les jeunes femmes subissent encore l'empreinte de l'interdit de la sexualité prémaritale à travers des normes qui maintiennent, sous une forme recomposée mais néanmoins prégnante, l'association nécessaire pour elles entre sexualité et affectivité. L'apparition de nouveaux moyens de communication offrant des espaces d'échanges plus diversifiés ne semble avoir modifié que partiellement cette tendance. La diversification des espaces de communication actuelle et l'importance qu'ils prennent dans la vie des jeunes participent d'une nouvelle culture adolescente qui conserve cependant une importante différenciation sexuelle.

Florence Maillochon

Sociologue, chargée de recherches au CNRS, Centre Maurice Halbwachs (UMR 8097, ENS, EHESS), équipe Eris, Paris.

■ Bibliographie

- (1) Lagrange H., Lhomond B. dir. Calvez M., Levinson S., Maillochon F., Mogoutov A., et al. *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Paris : La Découverte, coll. Recherche, 1997 : 464 p.
- (2) Bajos N., Bozon M. dir., Beltzer N. coord. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre, santé*. Paris : La Découverte, coll. Hors collection Social, 2008 : 612 p.
- (3) Lagrange H. *Les adolescents, le sexe, l'amour*. Paris : Pocket, 2003 : 317 p.
- (4) Singly (de) F. Le rôle des parents d'adolescents en France. In : Cavalli A., Cicchelli V., Galland O. dir. *Deux pays, deux jeunesse ? La condition juvénile en France et en Italie*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, coll. Le Sens social, 2008 : p. 161-171.
- (5) Maillochon F. L'entrée dans la sexualité : la mise en discours sexué d'un parcours unisexe ? In : Cavalli A., Cicchelli V., Galland O. *Deux pays, deux jeunesse ? La condition juvénile en France et en Italie*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2008 : p. 187-194.
- (6) Maillochon F. Le jeu de l'amour et de l'amitié au lycée : mélange des genres. *Travail, genre*

- et sociétés, 2003, n° 9 : p. 111-135.
- (7) Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre Santé 2005*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2007 : 593 p.
- (8) Le Gall D., Le Van C. *La première fois. Le passage à la sexualité adulte*. Paris : Payot, coll. Essais Payot, 2007 : 304 p.
- (9) Maillochon F. Dire et faire : évolution des normes de comportements sexuels des jeunes dans la seconde partie du XX^e siècle. In : Paicheler G., Loyola M.-A. dir. *Sexualités, normes et contrôle social*. Paris : L'Harmattan, coll. Sexualité humaine, 2003 : p. 117-132.
- (10) Maillochon F. Relations amoureuses et sexuelles pendant l'adolescence en France – entre réalité et virtualité. In : Charbonneau J., Bourdon S. *Regard sur... les jeunes et leurs relations*, Laval : Pul, 2011 : p. 95-111.
- (11) Godeau E., Arnaud C., Navarro F. dir. *La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2006*. Les données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint-Denis : Inpes, coll. Études et santé, 2008 : 274 p.

1. En 1993, les jeunes de 15 à 18 ans se déclarant pratiquants (quelle que soit leur religion) étaient beaucoup plus tardifs que les autres (1). Il en est resté de même en 2006 : les jeunes pratiquants de 18-19 ans sont moins nombreux à avoir déjà eu des relations sexuelles que ceux qui n'ont pas de religion ou ne la pratiquent pas. Cette tendance est plus accentuée pour les femmes que pour les hommes et davantage pour les musulmanes que pour les femmes investies dans une autre religion (2).

2. Cet article se fonde sur l'analyse statistique de plusieurs enquêtes nationales, réalisées auprès des jeunes : l'enquête ACSI (Analyse des comportements sexuels des jeunes) réalisée en 1993 auprès de 6 182 jeunes entre 15 et 18 ans ; l'enquête Espad (European School Survey on Alcohol and other Drugs) réalisée en 2003 auprès de 16 833 jeunes scolarisés dans le secondaire, l'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) effectuée en France en 2006 et en 2009 auprès de 5 000 jeunes de 15 et 17 ans.

Ces résultats sont complétés par des statistiques issues de l'enquête CSF (Contextes de la sexualité en France) réalisée en 2005-2006 auprès des adultes de plus de 18 ans (2) et du Baromètre Santé 2005 (7).

3. C'est l'âge où la moitié de la population a vécu l'événement.

4. Pour des raisons d'homogénéité de la population étudiée, les adolescents ayant eu des relations homosexuelles (1,6 % des garçons ayant déjà eu des rapports et 1,7 % des filles) ont été écartés de cette analyse dans la mesure où ils présentent des profils biographiques assez différents et beaucoup plus contrastés que les autres lycéens, comme l'ont aussi montré d'autres travaux (1).

5. Phénomène de société selon lequel les adolescents, et surtout les pré-adolescents, adoptent des attitudes et des comportements sexuels jugés trop précoces (habillage outrancier des filles dès l'école primaire, explosion de la consommation de pornographie, etc.). Ce concept issu de la sexologie est surtout discuté au Canada et aux États-Unis.

6. D'après l'enquête Espad, ces émissions sont très populaires auprès des jeunes qui contribuent à les animer : 76,1 % des filles et 83,2 % des garçons écoutent régulièrement à la radio des « libres antennes » où il est fréquemment question de sexe ; 13,7 % des filles et 11,8 % des garçons les suivent quotidiennement.

Agir pour la promotion de la santé. Une politique ouverte à l'innovation ?

Bernard Cherubini



Cet ouvrage collectif explore les perspectives nouvelles offertes à la promotion de la santé à travers les thématiques de la territorialité, du multipartenariat et de l'intersectorialité. Il croise les points de vue – des chercheurs en sciences politiques, en santé publique et en sciences sociales, et ceux des professionnels spécialisés sur les politiques de santé – sur les ateliers santé-ville, sur les réseaux de santé ou encore sur la prise en charge des publics en difficulté. Les différentes contributions situent d'abord les enjeux actuels des réformes en cours dans le secteur de la promotion de la santé, puis ciblent les perspectives de recherche en sciences humaines et sociales et en santé publique qui pourraient permettre une meilleure compréhension des politiques locales de santé.

Olivier Delmer

Toulouse : Érès, coll. Action santé, 2011, 222 pages, 23 €.

Les inégalités de santé. dans les territoires français État des lieux et voies de progrès

Emmanuel Vigneron



Les inégalités territoriales de santé ont toujours existé en France, mais elles s'aggravent en particulier sous l'effet de la crise économique qui a un impact inégal sur le territoire et l'actuelle concentration de l'offre de soins sur certaines zones géographiques. Le problème de l'accessibilité se révèle à la fois économique et géographique. L'ouvrage donne une vision des inégalités territoriales de santé, illustrée par des exemples, et apporte des

pistes de solutions. Il comprend six parties : question d'échelle, quand les moyennes masquent l'éventail des situations ; portraits sanitaires du XIX^e siècle en France ; différenciation des territoires et inégalités locales en santé ; des portes d'accès aux soins à maintenir ouvertes ; des équipements qui s'éloignent ; enfin, une trentaine de propositions d'actions concrètes élaborées par un groupe d'experts, d'usagers, de praticiens, d'administrateurs, d'élus locaux et nationaux.

Sandra Kerzanet

Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2011, 194 pages, 30,50 €.

Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés

Sous la direction de Colette Ménard, Gérald Demortière, Éric Durand,
Pierre Verger, François Beck



Pratiques addictives sur le lieu de travail, mal-être associé ou « importé » au travail, déclarations de maladie professionnelle, arrêts de travail, etc., les médecins du travail et les médecins généralistes sont de plus en plus confrontés à l'impact des facteurs de risques professionnels sur la santé de leurs patients. Aujourd'hui, les coopérations entre ces professionnels doivent se renforcer. Dans ce contexte, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'Institut national de recherche et de sécurité et la Société de médecine du travail de l'Ouest de l'Île-de-France ont partagé leurs champs d'études afin de rendre compte, en partie, de

l'activité de ces professionnels autour des problématiques de santé au travail, des enjeux et des difficultés. Deux enquêtes indépendantes et complémentaires autour de ces problématiques ont ainsi été réalisées en 2009.

La première – réalisée et financée par l'Inpes, l'INRS et la SMTIOF – porte sur l'implication des médecins du travail dans le champ de la santé publique, et plus particulièrement des pratiques addictives : quel(s) rôle(s) pour les médecins du travail dans la prévention de ces pratiques en milieu professionnel ? Comment sont-ils sollicités pour mettre en œuvre des actions collectives de prévention ? Quelles sont leurs opinions sur les tests de dépistage ?

La seconde enquête – réalisée et financée par l'Inpes – analyse les opinions et pratiques des médecins généralistes en santé au travail : comment conçoivent-ils leur rôle ? Quelles pathologies liées au travail rencontrent-ils ? Quelles occasions ont-ils de solliciter les médecins du travail ?

Enfin, un volet commun aux deux enquêtes interroge les perceptions croisées des médecins généralistes et des médecins du travail sur leurs relations de coopération.

Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2011, 189 pages, gratuit.

Les défis actuels de la santé publique

Gilles Pialoux, Jean-Claude Ameisen, Daniel Defert,
Gilles Brucker, Mélanie Heard



La première partie de cet ouvrage comporte quatre communications sur la santé publique, le sida et la coopération Nord-Sud. Une série de textes courts rassemblés dans la partie « Contrepoints » vient ensuite apporter la contradiction et ouvrir des perspectives. Une postface éclaire le propos de la première partie.

Se déploient ainsi dans cet ouvrage les grands axes d'une politique de santé publique. Sont interrogés la place de l'individu dans les dispositifs décisionnels, les évolutions du militantisme, la relation médicale, la question du patient/expert, la collectivisation mondiale du savoir – notamment grâce à Internet – la veille sanitaire et ses limites, la portée des actions de coopération – multilatérale ou bilatérale – l'emballage médiatique qu'engendre la crainte d'une catastrophe sanitaire et la gestion publique de cette peur, la capacité des explications scientifiques à convaincre les individus de penser et d'agir autrement, la justice sociale, la sécurité humaine, la notion de vulnérabilité en santé – sociale, politique, économique – et le respect de soi, l'éthique biomédicale et les droits de l'homme, etc.

S. K.

Paris : Puf, 2011, 220 pages, 21 €.

Comité régional d'éducation pour la santé (Cres) Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps)

<p>ALSACE</p> <p><i>Pdt Joseph Becker</i> <i>Dir. Dr Nicole Schauder</i> Hôpital civil de Strasbourg Ancienne clinique ophtalmologique - 1^{er} étage 1, place de l'Hôpital - BP 426 67091 Strasbourg Cedex Tél. : 03.88.11.52.41 Fax : 03.88.11.52.46 Mèl : info@cresalsace.org www.cresalsace.org</p>	<p>BOURGOGNE</p> <p><i>Pdt Dr Pierre Besse</i> <i>Dir. Dr Isabelle Millot</i> Parc Tertiaire Mirande 14 H, rue Pierre de Coubertin 21000 Dijon Tél. et fax : 03.80.66.73.48 Mèl : contact@ireps-bourgogne.org www.ireps-bourgogne.org</p>	<p>20090 Ajaccio Tél. : 04.95.21.47.99 Fax : 04.95.28.36.76 Mèl : contact@ireps-corse.fr www.ireps-corse.fr</p>	<p>LIMOUSIN</p> <p><i>Pdt Dr Françoise Léon-Dufour</i> <i>Dir. Martine Pellerin</i> 4, rue Darnet 87000 Limoges Tél. : 05.55.37.19.57 Fax : 05.55.10.00.07 Mèl : irepslimousin@orange.fr</p>	<p>Tél. : 02.40.31.16.90 Fax : 02.40.31.16.99 Mèl : ireps@irepspdl.org www.santepaysdelaloire.com</p>	<p>REUNION</p> <p><i>Pdt Dr Benjamin Bryden</i> <i>Dir. Cédric Pedre</i> 13, rue Roland-Garros 97460 Étang-Saint-Paul Tél. : 02.62.71.10.88 Fax : 02.62.71.16.66 Mèl : accueil.ireps.reunion@orange.fr www.irepsreunion.org</p>
<p>AQUITAINE</p> <p><i>Pdt Pr François Dabis</i> <i>Dir. Vincent Van Lacken</i> 6, quai de Paludate 33800 Bordeaux Tél. : 05.56.33.34.10 Fax : 05.56.33.34.19 Mèl : direction@ireps-aquitaine.org www.educationsante-aquitaine.fr</p>	<p>BRETAGNE</p> <p><i>Pdt Dr Jeanine Pommier</i> <i>Dir. Christine Ferron</i> 4 A, rue du Bignon 35000 Rennes Tél. : 02.99.50.64.33 Mèl : contact@irepsbretagne.fr www.irepsbretagne.fr</p>	<p>FRANCHE-COMTÉ</p> <p><i>Pdt Jeannette Gros</i> <i>Dir. Pascale Angiolini</i> 3, avenue Louise Michel 25000 Besançon Tél. : 03.81.41.90.90 Fax : 03.81.41.93.93 Mèl : contact@ireps-fc.fr www.ireps-fc.fr</p>	<p>LORRAIN</p> <p><i>Pdt Dr Jeanne Meyer</i> <i>Dir. Marie Persiani</i> 1, rue de la Forêt 54520 Laxou Tél. : 03.83.47.83.10 Fax : 03.83.47.83.20 Mèl : contact@ireps-lorraine.fr</p>	<p>PICARDIE</p> <p><i>Pdt Pr Gérard Dubois</i> <i>Dir. Philippe Lorenzo</i> Espace Industriel Nord 67, rue de Poulainville 80080 Amiens Tél. : 03.22.71.78.00 Fax : 03.22.71.78.04 Mèl : cres@crespicardie.org www.crespicardie.org</p>	<p>GUYANE</p> <p><i>Pdt François Rezki</i> <i>Dir. Héléne Lamason</i> Association Guyane Promo Santé 4, rue Félix Eboué 97300 Cayenne Tél. : 0.594.30.13.64 Fax : 0.594.35.84.80 Mèl : contact@gps.gf www.gps.gf</p>
<p>AuvergNE</p> <p><i>Pdt Dr Annie Mosser</i> <i>Dir. : Ginette Beugnet le Roch</i> 22 bis, impasse Bonnabaud 63000 Clermont-Ferrand Tél. : 04.73.91.96.67 Fax : 04.73.93.42.56 Mèl : ireps.auvergne@orange.fr www.ireps-auvergne.fr</p>	<p>CENTRE</p> <p><i>Pdt Pr Emmanuel Rusch</i> <i>Dir. Luc Favier</i> Fraps 54, rue Walvain 37000 Tours Tél. : 02.47.37.69.85 Fax : 02.47.37.28.73 Mèl : fraps@orange.fr www.frapscentre.org</p>	<p>HAUTE-NORMANDIE</p> <p><i>Pdt Patrick Daine</i> <i>Dir. Marion Boucher Le Bras</i> 129, avenue Jean Jaurès 76140 Petit-Quevilly Tél. : 02.32.18.07.60 Fax : 02.32.18.07.61 Mèl : cres.haute.normandie@orange.fr www.ireps-hn.org</p>	<p>MIDI-PYRÉNÉES</p> <p><i>Pdt Yvon Fau</i> <i>Dir. Laurence Birelichie</i> 77, allée de Brienne 31000 Toulouse Tél. : 05.61.23.44.28 Fax : 05.61.22.69.98 Mèl : siege@irepsmp.fr http://ireps.midi-pyrenees.fnes.fr</p>	<p>POITOU-CHARENTES</p> <p><i>Pdt Eric Pascal Satre</i> <i>Dir. Julien Tran</i> 9, allée Marie et Pierre Curie 86000 Poitiers Tél. : 05.49.41.37.49 Fax : 05.49.47.33.99 Mèl : poitiers@educationsante-pch.org www.educationsante-pch.org</p>	<p>MARTINIQUE</p> <p><i>Pdt Dr Didier Chatot-Henry</i> <i>Dir. Karyne Pierre-Louis</i> Centre d'affaires Agora Bât. G - niveau 0 - BP 1193 Étang zabricot - Pointe des Grives 97200 Fort-de-France Tél. : 0.596.63.82.62 Fax : 0.596.60.59.77 Mèl : cres.martinique@orange.fr http://ireps.martinique.fnes.fr</p>
<p>BASSE-NORMANDIE</p> <p><i>Pdt Jean-Louis Lepée</i> <i>Resp. Jean-Pierre Ollivier</i> 3, place de l'Europe 14200 Hérouville-St-Clair Tél. : 02.31.43.83.61 Fax : 02.31.43.45.97 Mèl : irepsbn@orange.fr www.irepsbn.org</p>	<p>CHAMPAGNE-ARDENNE</p> <p><i>Pdt Yvonne Logeart</i> <i>Dir. Kevin Gouraud</i> 89, rue Étienne Oehmichen 51000 Châlons-en-Champagne Tél. : 03.26.68.28.06 Fax : 03.26.68.97.60 Mèl : cres.cha@wanadoo.fr http://champagne-ardenne.fnes.fr</p>	<p>ILE-DE-FRANCE</p> <p><i>Pdt Antoine Lazarus</i> 74, rue Marcel Cachin 93017 Bobigny Cedex Tél. et Fax : 01.48.38.77.01 Mèl : contact@irepsiledefrance.org www.ireps-iledefrance.org</p>	<p>NORD-PAS-DE-CALAIS</p> <p><i>Pdt Pr Jean-Marie Haguenoer</i> <i>Dir. Loïc Choart</i> Parc Eurasanté 235, avenue de la Recherche CS 50086 59373 Loos Cedex Tél. : 03.20.15.49.41 Fax : 03.20.15.49.41 Mèl : irepsnpdc@orange.fr http://ireps.npdic.fnes.fr</p>	<p>CÔTE D'AZUR</p> <p><i>Pdt Pr Jean-Marc Garnier</i> <i>Dir. Zeina Mansour</i> 178, cours Lieutaud 13006 Marseille Tél. : 04.91.36.56.95 Fax : 04.91.36.56.99 Mèl : cres-paca@cres-paca.org www.cres-paca.org</p>	<p>GUADELOUPE</p> <p><i>Pdt Roberte Hamoussin-Métrégiste</i> <i>Dir. Pascale Melot</i> 6, résidence Casse Rue Daniel Beauperthuy 97100 Basse-Terre Tél. : 0.590.41.09.24 Fax : 0.590.81.30.04 Mèl : ireps@ireps.gu http://guadeloupe.fnes.fr</p>
<p>LANGUEDOC-ROUSSILLON</p> <p><i>Pdt Dr Claude Terral</i> <i>Dir. Evelyne Coulouma</i> Hôpital la Colombière 39, avenue Charles-Flahaut 34295 Montpellier Cedex 5 Tél. : 04.67.04.88.50 Fax : 04.67.52.02.57 Mèl : irepslr@orange.fr www.irepslr.org</p>	<p>CORSE</p> <p><i>Pdt Pierre-Jean Rubini</i> <i>Dir. Céline Dani</i> Résidence Les Jardins de Boticcione - Bât. A1 Bd Louis Campi</p>	<p>LANGUEDOC-ROUSSILLON</p> <p><i>Pdt Dr Claude Terral</i> <i>Dir. Evelyne Coulouma</i> Hôpital la Colombière 39, avenue Charles-Flahaut 34295 Montpellier Cedex 5 Tél. : 04.67.04.88.50 Fax : 04.67.52.02.57 Mèl : irepslr@orange.fr www.irepslr.org</p>	<p>PAYS-DE-LA-LOIRE</p> <p><i>Pdt Pr Pierre Lombrail</i> <i>Dir. Dr Patrick Lamour</i> Hôpital Saint-Jacques 85, rue Saint-Jacques 44093 Nantes Cedex 1</p>	<p>RHÔNE-ALPES</p> <p><i>Pdt Jacques Fabry</i> <i>Dir. Olivier François</i> 9, quai Jean-Moulin 69001 Lyon Tél. : 04.72.00.55.70 Fax : 04.72.00.07.53 Mèl : contact@education-sante-ra.org www.education-sante-ra.org</p>	<p>04 PROVENCE</p> <p><i>Pdt Dr Georges Guigou</i> <i>Dir. Anne-Marie Saugeron</i> Centre médico-social 42, bd Victor Hugo 04000 Digne-Les-Bains Tél. : 04.92.32.61.69 Fax : 04.92.32.61.72 Mèl : codes.ahp@wanadoo.fr</p>

Au niveau départemental

<p>Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes)</p> <p><i>Pdt : Pr Jean-Louis San Marco</i> <i>Vice Pdt : Loïc Choart</i> <i>Délégué : Eric Bourgarel</i> Siège social Immeuble Etoile Pleyel 42, bd de la Libération 93200 Saint-Denis Tél. : 01.42.43.77.23 Fax : 01.42.43.79.41 Mèl : fnes@fnes.info www.fnes.info</p>	<p>01 AIN</p> <p><i>Pdt Jean-Claude Degout</i> <i>Dir. Juliette Fovet-Jullieron</i> Adessa Education Santé AIN Parc Les Bruyères 293, rue Lavoisier 01960 Peronnas Tél. : 04.74.23.13.14 Fax : 04.74.50.42.98 Mèl : ades01@wanadoo.fr http://ain.education-sante-ra.org</p>	<p>02 AISNE</p> <p><i>Pdt Gérard Dubois</i> 1A, rue Émile Zola Zac Le Champ du Roy 02000 Chambry Tél. : 03.23.79.90.51 Fax : 03.23.79.48.75 Mèl : aisne@crespicardie.org</p>	<p>03 ALLIER</p> <p>Ireps Auvergne - Antenne de l'Allier <i>Pdt Jean-Marc Lagoutte</i> <i>Dir. Annick Anglarès</i> 2, place Marechal de Lattre-de-Tassigny - 03000 Moulins Tél. : 04.70.48.44.17 Mèl : ireps03@orange.fr</p>	<p>04 PROVENCE</p> <p><i>Pdt Dr Georges Guigou</i> <i>Dir. Anne-Marie Saugeron</i> Centre médico-social 42, bd Victor Hugo 04000 Digne-Les-Bains Tél. : 04.92.32.61.69 Fax : 04.92.32.61.72 Mèl : codes.ahp@wanadoo.fr</p>	<p>05 HAUTES-ALPES</p> <p><i>Pdt Dr Gilles Lavernhe</i> <i>Dir. Brigitte Nectoux</i> Immeuble « Les Lavandes » 1 Place Champsaur 05000 Gap Tél. : 04.92.53.58.72 Fax : 04.92.53.36.27 Mèl : codes05@codes05.org www.codes05.org</p>	<p>06 ALPES-MARITIMES</p> <p><i>Pdt Dr Claude Dreksler</i> <i>Dir. Chantal Patuano</i> 61, route de Grenoble 06002 Nice Tél. : 04.93.18.80.78 Fax : 04.93.29.81.55 Mèl : codes.am@wanadoo.fr</p>	<p>07 ARDECHE</p> <p><i>Pdt Dr Jean-Marie Bobillo</i> <i>Dir. Cécile Bollon</i> 2, passage de l'Ancien-Théâtre 07000 Privas Tél. : 04.75.64.46.44 Fax : 04.75.64.14.00 Mèl : adessa-codes.07@wanadoo.fr http://perso.wanadoo.fr/adessa</p>	<p>08 ARDENNES</p> <p><i>Pdt Dr Catherine Juillard</i> <i>Dir. Françoise Maitre</i></p>	<p>21, rue Irénée Carré 08000 Charleville-Mézières Tél. : 03.24.33.97.70 Fax : 03.24.33.84.34 Mèl : CO.DES.08@wanadoo.fr http://champagne-ardenne.fnes.fr</p>	<p>09 ARIÈGE</p> <p>Ireps Midi-Pyrénées/Antenne Ariège <i>Pdt Yvon Fau</i> <i>Dir. Thérèse Fruchet</i> 6, cours Irénée Cros 09000 Foix Tél. : 05.34.09.02.82 Fax : 05.61.05.62.14 Mèl : antenne09@irepsmp.fr</p>	<p>10 AUBE</p> <p><i>Pdt Sylvie Le Dourmer</i> <i>Dir. Cathy Julien</i> Mezzanine des Halles Rue Claude Huez 10000 Troyes Tél. : 03.25.41.30.30 Fax : 03.25.41.05.05 Mèl : codes10@orange.fr http://champagne-ardenne.fnes.fr</p>	<p>11 AUDE</p> <p><i>Pdt Dr Pierre Dufranc</i> 14, rue du 4 septembre 11000 Carcassonne Tél. : 04.68.71.32.65 Fax : 04.68.71.34.02 Mèl : codes11@wanadoo.fr http://codes11.over-blog.com</p>	<p>12 AVEYRON</p> <p>Ireps Midi-Pyrénées Antenne Aveyron <i>Pdt Yvon Fau</i> <i>Dir. Mylène Carrère</i> 13, bd Laromiguière 12000 Rodez Tél. : 05.65.73.60.20</p>	<p>Fax : 05.65.73.60.21 Mèl : antenne12@irepsmp.fr</p>	<p>13 BOUCHES-DU-RHÔNE</p> <p><i>Pdt Pr Jean-Louis San Marco</i> <i>Dir. Nathalie Merle</i> 8, rue Jules Moulet 13006 Marseille Tél. : 04.91.04.97.30 Fax : 04.91.04.97.25 Mèl : contact@codes13.org www.codes13.org</p>	<p>14 CALVADOS</p> <p>S'adresser à l'Ireps Basse-Normandie Mèl : irepsbn-antenne14@orange.fr</p>	<p>15 CANTAL</p> <p>Ireps Auvergne - Antenne du Cantal <i>Pdt D' Danièle Souquière-Degrange</i> Bâtiment de l'Horloge 9, place de la Paix 15012 Aurillac Cedex Tél. : 04.71.48.63.98 Fax : 04.71.48.91.80 Mèl : ireps15@orange.fr</p>	<p>16 CHARENTES</p> <p>Ireps Poitou-Charentes Antenne Angoulême <i>Pdt Eric-Pascal Satre</i> Centre hospitalier d'Angoulême 16470 Saint-Michel Tél. : 05.45.25.30.36 Fax : 05.45.25.30.40 Mèl : angouleme@educationsante-pch.org www.educationsante-pch.org</p>	<p>17 CHARENTE-MARITIME</p> <p>Ireps Poitou-Charentes Antenne La Rochelle <i>Pdt Eric-Pascal Satre</i> <i>Dir. Yann Moisan</i> 32, avenue Albert-Einstein 17000 La Rochelle Tél. et fax : 05.46.42.24.44 Mèl : larochelle@educationsante-pch.org</p>	<p>18 CHER</p> <p><i>Pdt Dr Michel Verdier</i> <i>Dir. Marie Côté</i> 4, cours Avaricum 18000 Bourges Tél. : 02.48.24.38.96 Fax : 02.48.24.37.30 Mèl : codesducher@wanadoo.fr www.codes18.org</p>	<p>19 CORREZE</p> <p>Ireps Limousin - Délégation départementale Creuse <i>Pdt Dr Françoise Léon-Dufour</i> <i>Dir. Martine Pellerin</i> 1, bd du Dr Verhac 19100 Brive-la-Gaillarde Tél. : 05.55.17.15.50 Fax : 05.55.17.15.57 Mèl : ireps19@orange.fr</p>	<p>20 CÔTE-D'OR</p> <p>Ireps Bourgogne Antenne Côte-d'Or <i>Pdt Dr Pierre Besse</i> Parc Tertiaire Mirande 14 H, rue Pierre de Coubertin 21000 Dijon Tél. et fax : 03.80.66.73.48 Mèl : codes21@wanadoo.fr www.ireps-bourgogne.org</p>	<p>21 CÔTES D'ARMOR</p> <p><i>Pdt Anne Galand</i> 15 bis, rue des Capucins BP 521 22005 Saint-Brieuc Cedex 1 Tél. : 02.96.78.46.99 Fax : 02.96.78.42.30 Mèl : codes-armor@wanadoo.fr</p>	<p>22 CÔTES D'ARMOR</p> <p><i>Pdt Anne Galand</i> 15 bis, rue des Capucins BP 521 22005 Saint-Brieuc Cedex 1 Tél. : 02.96.78.46.99 Fax : 02.96.78.42.30 Mèl : codes-armor@wanadoo.fr</p>	<p>23 CREUSE</p> <p>Ireps Limousin - Délégation départementale Creuse <i>Pdt Dr Françoise Léon-Dufour</i> <i>Dir. Martine Pellerin</i> Résidence du jardin public - Porche A1 27, avenue de la Sénatorerie 23000 Guéret Tél. : 05.55.52.36.82 Fax : 05.55.52.75.48 Mèl : ireps23@orange.fr</p>	<p>24 DORDOGNE</p> <p>Ireps Aquitaine Antenne Dordogne <i>Pdt Pr François Dabis</i> <i>Dir. Dr Martine Sibert</i> 48 bis, rue Paul-Louis Courier 24016 Périgueux Cedex Tél. : 05.53.07.68.57 Fax : 05.53.06.10.60 Mèl : contact24@ireps-aquitaine.org www.educationsante-aquitaine.fr</p>	<p>25 DOUBS</p> <p><i>Pdt André Grosperin</i> <i>Dir. Pascale Angiolini</i> 3, avenue Louise Michel 25000 Besançon Tél. : 03.81.82.32.79 Fax : 03.81.41.93.93 Mèl : contact@codes25.org www.codes25.org</p>
---	---	---	--	--	--	---	--	---	--	--	--	---	--	---	--	--	---	--	--	---	--	---	---	---	---	--	---

26 DRÔME

Pdt Dr Luc Gabrielle
Dir. Laurent Lize
Drôme Prévention Santé
36 B, rue de Biberach
26000 Valence
Tél. : 04.75.78.49.00
Fax : 04.75.78.49.05
Mél : ades26@free.fr

27 EURE

S'adresser à l'Ireps
Haute-Normandie

28 EURE-ET-LOIR

Pdt Dr François Martin
Dir. Myriam Neullas
CESEL - Hôtel Dieu
34, rue du Dr Maunoury
BP 30407
28018 Chartres Cedex
Tél. : 02.37.30.32.66
Fax : 02.37.30.32.64
Mél : cesel@cesel.org

29 FINISTÈRE

Pdt Henri Hénaff
Dir. Pascale Bargain
9-11 rue de l'Île d'Houat
29000 Quimper
Tél. : 02.98.90.05.15
Fax : 02.98.90.11.00
Mél : codes29@wanadoo.fr
www.codes29.org

30 GARD

Pdt Christian Polge
7, place de l'Oratoire
30900 Nîmes
Tél. : 04.66.21.10.11
Fax : 04.66.21.69.38
Mél : CDES30@wanadoo.fr

31 HAUTE-GARONNE

S'adresser à l'Ireps Midi-Pyrénées
Mél : antenne31@irepsmp.fr

32 GERS

Ireps Midi-Pyrénées
Antenne Gers
Pdt Ivan Fau
Dir. Pascale Femy
80, rue Victor Hugo
32000 Auch
Tél. : 05.62.05.47.59
Fax : 05.62.61.25.91
Mél : antenne32@irepsmp.fr

33 GIRONDE

S'adresser à l'Ireps Aquitaine
Antenne Gironde

34 HÉRAULT

Pdt Dr Éric Perolat
Dir. René Fortes
Résidence Don Bosco
54, chemin de Moularès
34000 Montpellier
Tél. : 04.67.64.07.28
Fax : 04.67.15.07.40
Mél : chesfraps@wanadoo.fr
www.chesfraps.com

35 ILLE-ET-VILAINE

Pdt Gérard Guingouain
Dir. Pascale Canis
4A, rue du Bignon
35000 Rennes
Tél. : 02.99.67.10.50
Fax : 02.99.22.81.92
Mél : codes.35@wanadoo.fr

36 INDRE

Pdt Francis Martinet
Dir. Séverine Dropsy
73, rue Grande
36019 Chateauroux Cedex
Tél. : 02.54.60.98.75
Fax : 02.54.60.96.23
Mél : codes.36@wanadoo.fr

37 INDRE-ET-LOIRE

Ireps Centre - Antenne Indre-et-Loire
Tél. : 02.47.25.52.87
Mél : cdrd37.fraps@orange.fr

38 ISÈRE

Pdt Dr Pierre Dell'Accio
Dir. Jean-Philippe Lejard
23, av. Albert 1^{er}-de-Belgique
38000 Grenoble
Tél. : 04.76.87.06.09
Fax : 04.76.47.78.29
Mél : adessig@wanadoo.fr

39 JURA

Pdt Pierre Benichou
Dir. Agnès Borgia
35, avenue Jean-Moulin
39000 Lons-le-Saunier
Tél. : 03.84.47.21.75
Mél : ades26@free.fr

40 LANDES

Ireps Aquitaine
Antenne Landes
Pdt Pr François Dabis
Dir. Sylvie Ramis
Hôpital Sainte-Anne
Bâtiment Ritournelle
782, avenue de Nonères
BP 10262
40005 Mont-de-Marsan Cedex
Tél. : 05.58.06.29.67
Fax : 05.58.75.05.52
Mél : contact40@ireps-aquitaine.org

41 LOIR-ET-CHER

Ireps Centre
Antenne Loir-et-Cher
Pdt Emmanuel Rusch
Dir. Luc Favier
34, avenue Maunoury
41000 Blois
Tél. : 02.54.74.31.53
Fax : 02.54.56.04.30
Mél : fraps41@orange.fr

42 LOIRE

Pdt Dr Gérard Mercey
Dir. Mohamed Boussour
26, avenue de Verdun
42000 Saint-Etienne
Tél. : 04.77.32.59.48
Fax : 04.77.33.89.28
Mél : direction@codes42.org
www.codes42.org

43 HAUTE-LOIRE

Ireps Auvergne
Antenne de Haute-Loire
Pdt Louis Teyssier
8, rue des Capucins
43000 Le Puy-en-Velay
Tél. : 04.71.04.94.86
Fax : 04.71.04.97.41
Mél : ireps43@orange.fr
www.ireps-auvergne.fr

44 LOIRE-ATLANTIQUE

S'adresser à l'Ireps Pays-de-la-Loire
Pôle Loire-Atlantique
Mél : ireps44@irepspd.lor

45 LOIRET

Pdt Danièle Desclerc-Dulac
Dir. Romain Lantiese
Espace Santé
5, rue Jean-Hupeau
45000 Orléans
Tél. : 02.38.54.50.96
Fax : 02.38.54.58.23
Mél : info@codes45.org
www.codes45.org

46 LOT

Ireps Midi-Pyrénées
Antenne Lot
Pdt Ivan Fau
Dir. Céline Thery
377, avenue du 7^e R. I.
(2^e étage)
46000 Cahors
Tél. : 05.65.22.64.77
Fax : 05.65.22.64.50
Mél : antenne46@irepsmp.fr

47 LOT-ET-GARONNE

Ireps Aquitaine
Antenne Lot-et-Garonne
Pdt Pr François Dabis
Dir. Vincent Van Lacken
Lieu dit « Toucau »
Route de Cahors
47480 Pont-du-Casse
Tél. : 05.53.66.58.59
Fax : 05.53.47.73.59
Mél : contact47@ireps-aquitaine.org
www.educationsante-aquitaine.fr

48 LOZÈRE

Pdt M.-C. Giraud-Jalabert
1 bis, allée des Soupirs
48000 Mende
Tél. : 04.66.65.33.50
Fax : 04.66.49.26.77
Mél : codes48@wanadoo.fr

49 MAINE-ET-LOIRE

Ireps Pays-de-la-Loire
Pôle Maine-et-Loire
Dir. Jany Pacaud
15, rue de Jérusalem
49100 Angers
Tél. : 02.41.05.06.49
Fax : 02.41.05.06.45
Mél : ireps49@irepspd.lor
www.sante-pays-de-la-loire.com

50 MANCHE

Ireps Basse-Normandie
Antenne de la Manche
Pdt Jean-Louis Lepée
Resp. Jean-Pierre Ollivier
3, rue du Léon
50130 Cherbourg-Octeville
Tél. : 02.33.01.00.50
Fax : 02.33.01.10.98
Mél : irepsbn-antenne50@orange.fr

51 MARNE

Pdt Patrick Bourlon
Dir. Anne Patris
Pôle Dunant Education
1, rue du docteur Calmette
BP 7
51016 Châlons-en-Champagne
Tél. : 03.26.64.68.75
Fax : 03.26.21.19.14
Mél : codes.51@wanadoo.fr
http://champagne-ardenne.fnes.fr

52 HAUTE-MARNE

Pdt Robert Mercey
Dir. Eva Bardet
5 bis, bd Thiers
52000 Chaumont
Tél. : 03.25.32.63.28
Fax : codes.52@wanadoo.fr
http://champagne-ardenne.fnes.fr

53 MAYENNE

Ireps Pays-de-la-Loire
Pôle Mayenne
Dir. Christel Fouache
90, avenue Chanzy
53000 Laval
Tél. : 02.43.53.46.73
Fax : 02.43.49.20.72
Mél : ireps53@irepspd.lor

54 MEURTHE-ET-MOSELLE

S'adresser à l'Ireps Lorraine

55 MEUSE

S'adresser à l'Ireps Lorraine

56 MORBIHAN

Pdt Marie-Odile Barbier
Zone tertiaire de Kerfontaine
Rue Loic Caradec
56400 Pluneret
Tél. : 02.97.29.15.15
Fax : 02.97.29.16.50
Mél : codes.56@wanadoo.fr

57 MOSELLE

Ireps Lorraine
Site de Metz
Pdt Jeanne Meyer
Dir. Olivier Aromataro
20, rue Gambetta
BP 30273
57006 Metz Cedex 1
Tél. : 03.87.68.01.02
Fax : 03.87.68.11.89
Mél : contact.metz@ireps-lorraine.fr

58 NIÈVRE

Pdt Dr Thierry Lemoine
Résidence Blaise-Pascal
3 bis, rue Lamartine
58000 Nevers
Tél. : 03.86.59.35.19
Fax : 03.86.61.57.18
Mél : codes58@wanadoo.fr

59 NORD

S'adresser à l'Ireps
Nord-Pas-de-Calais

60 OISE

Pdt Alfred Lorrtaux
11, rue Jean-Monet
Parc d'activité « Le Chêne bleu »
60000 Beauvais
Tél. : 03.44.10.51.90
Fax : 03.44.10.00.90
Mél : oise@crepscardie.org

61 ORNE

Pdt Pierre Chastrusse
14, rue du Cygne
61000 Alençon
Tél. : 02.33.82.77.70
Fax : 02.33.82.77.71
Mél : codes61@wanadoo.fr

62 PAS-DE-CALAIS

Pdt Gérard Pezé
Dir. Virginie Tintinger
3, rue des Agaches - BP 80505
62008 Arras Cedex
Tél. : 03.21.71.34.44
Fax : 03.21.51.25.73
Mél : cdes62@nordnet.fr

63 PUY-DE-DÔME

Ireps Auvergne
Antenne Puy-de-Dôme
Pdt Marie-Gentile Gardies
Dir. Jean-Philippe Cognet
22 bis, impasse Bonnabaud
63000 Clermont-Ferrand
Tél./Fax : 04.73.34.35.06
Mél : ireps63documentation@orange.fr

64 PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

Ireps Aquitaine
Antenne Pyrénées-Atlantiques
Pdt Pr François Dabis
Dir. Mélanie Rolland
15, allée Lamartine
64000 Pau
Tél. : 05.59.62.41.01
Mél : contact64@ireps-aquitaine.fr
www.educationsante-aquitaine.fr

65 HAUTES-PYRÉNÉES

Ireps Midi-Pyrénées
Antenne Hautes-Pyrénées
Pdt Ivan Fau
8, place au Bois
65021 Tarbes Cedex 9
Tél. : 05.62.51.76.51
Fax : 05.62.51.76.53
Mél : antenne65@irepsmp.fr

66 PYRÉNÉES ORIENTALES

Pdt Dr Marie-José Raynal
12, avenue de Prades
66000 Perpignan
Tél. : 04.68.61.42.95
Fax : 04.68.61.02.07
Mél : codes66.po@wanadoo.fr

67 BAS-RHIN

S'adresser à l'Ireps Alsace

68 HAUT-RHIN

Ireps Alsace
Antenne Haut-Rhin
8, avenue Robert Schuman
68100 Mulhouse
Tél. : 03.89.46.59.06
Fax : 03.89.46.58.52

69 RHÔNE

Pdt Dr Bruno Dubessy
Dir. Sylvain Ierabek
292, rue Vendôme
69003 Lyon
Tél. : 04.72.41.66.01
Fax : 04.72.41.66.02
Mél : info@adesr.asso.fr
www.adesr.asso.fr

70 HAUTE-SAÔNE

Pdt Alain Cusenier
Dir. Michel Jassej
4, cours François-Villon
70000 Vesoul
Tél. : 03.84.76.16.30
Fax : 03.84.75.00.77
Mél : CODES-70@wanadoo.fr

71 SAÔNE-ET-LOIRE

Pdt Jean-Claude Guillemant
17, place des Tulpiers
71000 Mâcon
Tél. : 03.85.39.42.75
Fax : 03.85.39.37.10
Mél : codes71@wanadoo.fr

72 SARTHE

Pdt Joël Barault
Dir. Laurence Dujardin
92/94, rue Molière
72000 Le Mans
Tél. : 02.43.50.32.45
Fax : 02.43.50.32.49

Mél : codes72@ahs-sarthe.asso.fr
www.codes72.fr

73 SAVOIE

Pdt Gérard Vanzetto
306, rue Jules Bocquin
73000 Chambéry
Tél. : 04.79.69.43.46
Fax : 04.79.62.10.22
Mél : contact@sante-savoie.org
www.sante-savoie.org

74 HAUTE-SAVOIE

Pdt Marc Rabet
Dir. Magali Chatelin
14, avenue de Berthollet
74000 Annecy
Tél. : 04.50.45.20.74
Fax : 04.50.45.34.49
Mél : ades74@voila.fr

76 SEINE-MARITIME

S'adresser à l'Ireps
Haute-Normandie

78 YVELINES

Pdt Jean-Pierre Couteron
Dir. Isabelle Grouas
47, rue du Maréchal-Foch
78000 Versailles
Tél. : 01.39.49.58.93
Fax : 01.39.51.47.48
Mél : CYES@wanadoo.fr
www.cyes.info

79 DEUX-SÈVRES

Ireps Poitou-Charentes
Antenne Deux-Sèvres
Pdt Eric-Pascal Satre
10 bis, avenue Bujault
79000 Niort
Tél. : 05.49.28.30.25
Fax : 05.49.24.93.66
Mél : niort@educationsante-pch.org

80 SOMME

S'adresser à l'Ireps Picardie

81 TARN

Ireps Midi-Pyrénées Antenne Tarn
Pdt Ivan Fau
Dir. Meggie Daubian
4, rue Justin-Alibert
81000 Albi
Tél. : 05.63.43.25.15
Fax : 05.63.43.18.08
Mél : antenne81@irepsmp.fr

82 TARN-ET-GARONNE

S'adresser à l'Ireps Midi-Pyrénées
Mél : antenne82@irepsmp.fr

83 VAR

Pdt Dr Jacques Lachamp
Dir. Christine Madec
Immeuble le Verdon
82, bd Léon-Bourgeois
83000 Toulon St-Jean du Var
Tél. : 04.94.89.47.98
Fax : 04.94.92.80.98
Mél : codes.var@wanadoo.fr

84 VAUCLUSE

Pdt Dr Claude Souff
Dir. Alain Douiller
13, rue de la Pépinière
84000 Avignon
Tél. : 04.90.81.02.41
Fax : 04.90.81.06.89
Mél : accueil@codes84.fr
www.codes84.fr

85 VENDÉE

Ireps Pays-de-la-Loire
Pôle Vendée
Dir. Élise Quélenec
Maison de la santé
CHD Les Oudairies
Bd Stéphane Moreau
85925 La Roche-sur-Yon Cedex 9
Tél. : 02.51.62.14.29
Fax : 02.51.37.56.34
Mél : ireps85@irepspd.lor

86 VIENNE

S'adresser à l'Ireps
Poitou-Charentes

87 HAUTE-VIENNE

S'adresser à l'Ireps Limousin
Mél : ireps87@orange.fr

88 VOSGES

S'adresser à l'Ireps Lorraine

89 YONNE

Pdt Sylvie Pitois
56 bis, avenue Jean-Jaures
89000 Auxerre
Tél. : 03.86.18.83.83
Fax : 03.86.51.49.89
Mél : codes89@orange.fr

90 TERRITOIRE DE BELFORT

Pdt Dr Albert Pontes
Dir. Valérie Berton
22, rue Gaston-Defferre
90000 Belfort
Tél. et fax : 03.84.54.09.32
Mél : codes90@wanadoo.fr

91 ESSONNE

Pdt Didier Hoelgen
Dir. Claude Giordanella
Immeuble Boréal
5, place Copernic
Courcouronnes
91023 Evry Cedex
Tél. : 01.60.79.46.46
Fax : 01.60.79.55.27
Mél : codes91@orange.fr
www.codes91.org

93 SEINE-SAINT-DENIS

Pdt Antoine Lazarus
Dir. Laurent Bauer
UFR Médecine
74, rue Marcel-Cachin
93017 Bobigny Cedex
Tél. et fax : 01.48.38.77.01
Mél : codes93@hotmail.com
www.codes93.org

95 VAL-D'OISE

Pdt Hussein Mokhtari
Dir. Kabelle Baulaigne
CODESS 95
2, avenue de la Palette
BP 10215
95024 Cergy-Pontoise Cedex
Tél. : 01.34.25.14.45
Fax : 01.34.25.14.50
Mél : codes95@aldiso.fr
www.codes95.org

MAYOTTE

Pdt Ali Ahmed
cotes
Bâtiment du dispensaire
De M'tsarperé
97600 Mamoudzou
Tél. et fax : 0.269.61.36.04

SAINT-PIERRE ET MIQUELON

Pdt Dr Bourdeloux
DDASS
Rue Abbé Pierre-Gervain
BP 4200
97500 Saint-Pierre et Miquelon
Tél. : 0.508.21.93.23

NOUVELLE-CALÉDONIE

Dir. Dr Bernard Rouchon
Agence sanitaire et sociale
de la Nouvelle-Calédonie
16, rue du Général Gallieni
BP P4
98851 Nouméa Cedex
Tél. : 00.687.25.07.60
Fax : 00.687.25.07.63
Mél : bernard.rouchon@ass.nc

POLYNÉSIE FRANÇAISE

Dir. Dr R. Wongfat
Rue des Poilus-Tahitiens
BP 6111 - Papeete
98601 Tahiti
Tél. : 00.689.42.30.30
Fax : 00.689.43.00.74

La mienne est dans mon bras



La mienne est au cuivre



La mienne est en latex



La mienne est sans ordonnance



La mienne dure 3 ans



La mienne n'est pas contraignante



La mienne est remboursée



La mienne est en comprimés



La mienne est définitive



La mienne est discrète



La mienne est sur ma peau



La mienne est pratique



→ À CHACUN SA CONTRACEPTION

Votre contraception doit s'adapter à votre vie. Découvrez ici, avec l'aide d'un professionnel de santé, celle qui vous convient le mieux.



www.choisirsacontraception.fr



413-06011-A

Réf. Inpes 125-41712-R