Affaire suivie par : Edmée BERT
Service émetteur : Direction de l'offre de soins et médico-sociale

Courriel : edmee.bert@ars.sante.fr
Téléphone : 01 44 02 04 58
Télécopie : 01 44 02 04 05

Note relative au schéma bucco-dentaire

Introduction

La santé bucco-dentaire n'entre pas dans les priorités de santé pour une grande partie de la population. Les pathologies dentaires ne sont pas considérées comme présentant un caractère de gravité ou d'urgence et leur lien avec la santé générale n'est pas suffisamment connu. Pourtant, les affections bucco-dentaires, outre leurs incidences locales, retentissent parfois gravement sur l'état général. Elles peuvent être à l'origine de complications infectieuses locales ou à distance, en particulier chez certains patients fragilisés comme les patients diabétiques, les sujets immunodéprimés, les personnes atteintes d'affection cardiaques. Elles peuvent aussi altérer l'alimentation et avoir des conséquences psychologiques et sociales importantes.

La question de l'accès aux soins dentaires est importante. Aujourd'hui, cet accès n'apparaît pas garanti pour toute la population. La présentation des soins dentaires, faite par la Cour des Comptes, dans le chapitre XIII du rapport 2010 sur la sécurité sociale, éclaire parfaitement la situation actuelle.

Par ailleurs il persiste une dichotomie entre la prévention et les soins curatifs alors que le niveau primaire de la prévention peut permettre d'éviter les soins et que les niveaux secondaires et tertiaires intègrent des actions curatives pour réduire les risques d'aggravation de l'état de santé. Les prises en charge ambulatoires, hospitalières, médico-sociales sont distinctes alors qu'un même individu peut en avoir besoin, simultanément ou dans le temps, mais pour une même pathologie.

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

I - Les enjeux de la santé bucco-dentaire

Un des objectifs essentiels des ARS est le décloisonnement des différents composants du système de santé.

Les prises en charge ambulatoires, hospitalières, médico-sociales sont distinctes alors qu'un même individu peut avoir besoin des trois, simultanément ou dans le temps, mais pour une même pathologie.

Par ailleurs on constate d'importantes disparités locales dans l'offre de soins bucco-dentaire régionale induisant de très grandes inégalités d'accès aux soins.

Rappelons que les affections bucco-dentaires sont très fréquentes. Leurs manifestations locales peuvent avoir des conséquences psychologiques et/ou sociales importantes : trouble de l'apprentissage de la parole chez le très jeune enfant, dévalorisation de l'image de soi, perte de chance dans la recherche d'un emploi, par exemple.

Leurs complications médicales peuvent engager le pronostic vital chez des sujets fragiles : dénutrition, pneumopathies d'inhalation chez les personnes âgées, surinfection chez un sujet immunodéprimé….

L'accès aux soins dentaires, soins de premier recours, a une importance particulière.

Les soins conservateurs et prothétiques nécessaires au traitement de la carie sont à l'origine de dépenses importantes pour les particuliers et la collectivité. La qualité des soins dispensés est un gage de leur pérennité, elle doit être le garant de l'efficience de leur réalisation. (Code Santé Publique Article R4127-238 : Le chirurgien-dentiste est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins.)

L'état de santé bucco-dentaire d'une population constitue un excellent indicateur de son état socio-sanitaire.

Pour l'ARS l'enjeu clé sera de faire reconnaître l'importance de la santé bucco-dentaire en elle-même, et pour ses répercussions sociales, psychologiques et sur l'état général d'un individu.

L'investissement des pouvoirs publics dans le domaine de la prévention bucco-dentaire est relativement récent (par exemple : l'examen de prévention bucco-dentaire obligatoire à 6 et 12 ans ne date que de 2005, obligation qui n'est pas toujours respectée). Par ailleurs, les actions sont préférentiellement appliquées aux enfants, excluant les adultes (sauf le programme de prévention de la Mutualité Sociale Agricole). Sans véritable politique structurée, transversale de prise en charge de la santé bucco-dentaire, les pathologies bucco-dentaires pourraient atteindre une grande partie de la population[1], occasionnant des frais de soins et de réhabilitation lourds pour l'Assurance Maladie et dont le reste à charge pour les patients est une des motivations de renoncement aux soins.

1 Les pathologies parodontales atteignent la majorité de la population adulte dont 15% sévèrement.

II - Les orientations et recommandations

Nos recommandations s'articulent autour des quatre grands axes qui vont concerner les différents acteurs du domaine et s'appliquer aux besoins des populations cible du schéma de la santé bucco-dentaire.

Les grands axes

1. Privilégier la prévention pour éviter les soins curatifs.

2. Garantir l'accessibilité aux soins à tous : réduire les disparités territoriales et assurer une offre respectant les tarifs opposables ou réglementés.

3. Optimiser les pratiques, c'est–à-dire dispenser l'acte le plus adapté au patient quel qu'il soit.

4. Adapter les soins, qu'ils soient préventifs ou curatifs.

5. pour les populations à besoins spécifiques que sont les :
   - petits enfants,
   - personnes âgées dépendantes,
   - personnes en situation de handicap,
   - personnes vulnérables,
   - personnes présentant des troubles mentaux,
   - personnes sous écrou de justice.

L'application des recommandations au niveau des acteurs

Avec les praticiens libéraux : accessibilité aux soins

Etudier, en concertation avec les représentants des praticiens libéraux (URPS, CRO), dans les mesures proposées pour répondre aux mêmes difficultés constatées pour la médecine générale libérale, celles applicables à l'odontologie :

- Nouveaux modes de rémunération
- Exercice en groupe
- Maisons médicales
- Maisons de santé polyvalentes
- …

> *Pour les étudiants en odontologie* : contrats d'exercice, stages de santé publique, territoires de stage d'internat…..

Avec les centres de santé : accessibilité aux soins

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

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

Avec les services hospitaliers hors AP-HP : optimisation des pratiques

Promouvoir dans ces établissements, les actes conservateurs et de réhabilitation prothétique.

Créer des postes d'odontologistes hospitaliers et d'assistants dentaires pour renforcer les équipes et optimiser les installations existantes.

Avec les services odontologiques hospitalo-universitaires : prévention, accessibilité, optimisation et prise en charge des besoins spécifiques

Poursuivre la réflexion entre l'ARS, l'AP.HP et l'université (première réunion : décembre 2011). Cette réflexion est menée en synergie avec l'actuel projet de restructuration des facultés de chirurgie-dentaires parisiennes et de réorganisation de l'enseignement clinique.

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

- Dans le cadre de la formation initiale, la concertation instaurée permettra à la faculté de cibler la nécessaire formation spécifique des étudiants en chirurgie dentaire et des étudiants en médecine, futurs pédiatres, gériatres, psychiatres et médecins en charge des personnes en situation de handicap.

- Dans le cadre de la formation continue, la faculté doit mettre en place des actions de sensibilisation des différents médecins spécialistes à la prise en charge de la santé bucco-dentaire dans le projet médical de ces patients.

Par ailleurs, il conviendra de travailler à l'optimisation des pratiques nécessaires au redressement financier des services les moins performants. L'engagement de praticiens cliniciens expérimentés non universitaire, dans les services odontologiques, est un des moyens avancés par les chefs de service. Ces praticiens permettraient d'assurer la qualité des soins et la sécurité des patients sans immobiliser les enseignants, au détriment de la formation initiale des étudiants, afin de répondre aux besoins de prise en charge des patients les plus « lourds » adressés par l'ensemble des opérateurs de premier recours.

PDS en ambulatoire : accessibilité aux soins

D'une part il est nécessaire de poursuivre la réflexion avec l'ensemble des professionnels, quel que soit leur mode d'exercice, portant sur la création de services d'urgences odontologiques hospitaliers. Cette réflexion s'effectue dans le cadre de la PDSA et la PDSES, avec une priorité à un service régional d'urgences odontologiques pédiatriques.

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

D'autre part, une étude doit être menée pour mettre en place un numéro d'appel unique, C15 (comme celui mis en place dans le Finistère) : communication d'un arbre décisionnel permettant au service d'appel d'orienter les demandeurs de prise en charge odontologique.

L'application des recommandations pour les populations ciblées

Odontologie Pédiatrique : adaptation des soins

Enseigner aux jeunes enfants le brossage accompagné d'une surveillance de l'hygiène alimentaire.

Il est souhaitable :

- d'intervenir le plus tôt possible en formant et sensibilisant les professionnels de la petite enfance (personnels de la PMI, des crèches…),
- de stimuler et coordonner l'implication de relais dans la délivrance des messages de prévention bucco-dentaire autour de l'enfant,
- de diversifier les lieux d'intervention et les outils de communication,
- Les actions de prévention secondaire doivent concourir à une meilleure orientation vers les soins : dépistages et accompagnement des familles pour la réalisation des soins si nécessaires, soins précoces y compris sur les dents de lait, orthodontie.

Les soins de premier recours peuvent, théoriquement, être dispensés tant par les praticiens libéraux que dans les centres de santé ou dans les consultations externes des services d'odontostomatologie hospitaliers.
La réalité est différente : rares sont les praticiens libéraux acceptant de soigner de très jeunes enfants, rares sont les structures d'accueil équipées pour les soins aux jeunes enfants et rares sont les praticiens formés à l'odontologie pédiatrique.

Dans ce contexte, pour les soins curatifs, il serait souhaitable de mettre en place un service de référence de proximité, où des praticiens spécialisés auraient à leur disposition toutes les possibilités de sédation nécessaires.

Personnes âgées : adaptation des soins

La prévention est impérative pour tous mais PRIMORDIALE pour cette population qui accumulent les facteurs de risques généraux dont :
- la dénutrition,
- les pneumopathies par inhalation de germes d'origine buccale,
- la grande difficulté pour la réalisation des soins bucco-dentaires à l'état vigile dans le cas des personnes âgées atteintes des troubles cognitifs avancés.

Pour les personnes âgées non dépendantes mais susceptibles de le devenir à court terme, un bilan bucco-dentaire pourrait être pratiqué au moment d'une consultation mémoire par exemple.

- Pour les personnes âgées dépendantes

Pour la part de cette population vivant à domicile l'hygiène bucco-dentaire doit être supervisée, voire même assumée, par les aidants ce qui nécessite leur formation.

Dans les établissements, pour que la prévention soit effective, il est nécessaire d'intégrer l'hygiène bucco-dentaire dans les pratiques et de l'inscrire dans le projet de l'établissement avec une formation des personnels soignants. Par ailleurs il serait souhaitable de favoriser la réalisation d'un bilan bucco-dentaire à l'entrée dans l'établissement afin que puisse être mis en place un **dispositif gradué et hiérarchisé**.

Le dispositif :

Le bilan, l'orientation des patients, la coordination des soins doivent être réalisés par une équipe mobile itinérante, se rendant dans les EHPAD pour les examens cliniques, mais ne dispensant qu'exceptionnellement des soins. Composée d'un praticien hospitalier sénior et d'un aide opératoire pour l'acte technique, et accompagné d'un personnel administratif pour le recueil des données (bilan Bucco-Dentaire, plan de traitement), cette unité sera doté d'un « unit » (appareil de soins) transportable.

A l'issue de la consultation :

- Si besoin de soins urgents, immédiats, sont constatés, un rendez-vous est pris avec la structure sous convention, adaptée à l'état du patient, sur une plage horaire dédiée ;

- Si des soins sont nécessaires mais non urgents un rendez-vous de consultation est pris pour débuter la remise en état buccal soit dans :

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

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

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

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

Il est nécessaire de mettre en œuvre une concertation avec les différents partenaires pour établir le cahier des charges et définir les indicateurs de suivi et d'évaluation des modalités de prise en charge. Par ailleurs, après dépouillement complet des réponses des EHPAD au questionnaire concernant la prise en charge de la santé bucco-dentaire dans leurs établissements, il sera possible de déterminer des territoires d'expérimentation de l'action. Dans un premier temps, quatre territoires, judicieusement répartis sur la région, permettront de tester le dispositif en vue de sa généralisation.

Enfin, en concertation avec les responsables des réseaux de gérodontologie, il faudra réaliser un cahier des charges pour les programmes de prise en charge curative en vue d'une labellisation.

Personnes en situation de handicap : adaptation des soins

La situation est très différente selon les handicaps : pour les déficiences physiques et sensorielles la difficulté essentielle est l'accessibilité des locaux.
Par contre pour les déficiences intellectuelles notre société peine encore à intégrer totalement cette population ce qui entraine un défaut de prise en charge par les professionnels de santé ne faisant pas partie de la filière spécialisée. Contrairement aux personnes âgées dépendantes les personnes en situation de handicap sont relativement peu nombreuses dans des structures d'hébergement, mais le réseau associatif d'aide et de soutien est dense.

Les recommandations du domaine de la prévention et de l'accès aux soins sont similaires à celles des personnes âgées dépendantes : dispositif gradué, hiérarchisé selon le protocole du réseau RHAPSOD'IF (Réseau Handicap de Prise en charge des Soins Odontologiques d'Ile de France).

Personnes vulnérables[2] : accessibilité aux soins

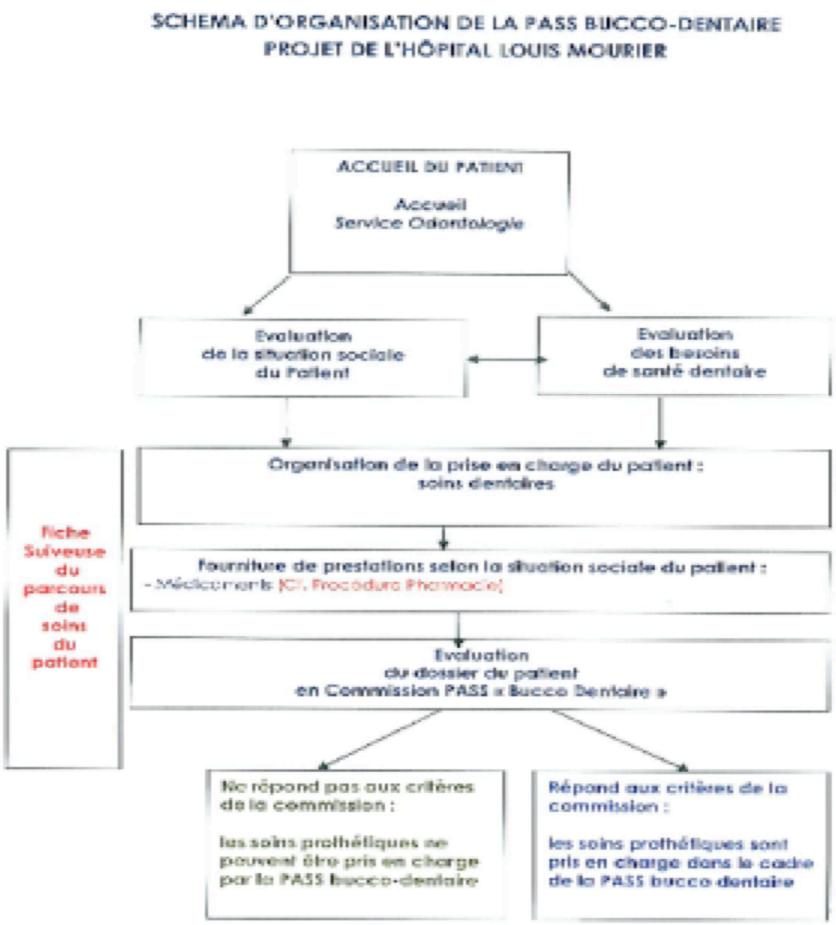
Il est nécessaire et urgent de créer de nouvelles PASS (permanence d'accès aux soins de santé) bucco-dentaires complétant une PASS médicale existante en tenant compte des besoins du territoire (critères de choix à définir), prenant aussi en charge les soins pédiatriques.

En effet, il n'existe qu'une seule PASS odontologique régionale, à l'hôpital Pitié-Salpétrière, totalement submergée par le nombre de demandeurs de soins. L'analyse de l'origine géographique des patients montre que plus de la moitié viennent des départements limitrophes. Le « Bus social dentaire » qui soigne essentiellement les populations sans abri a du mal à répondre à l'importance des demandes.

La réflexion en cours au niveau du pôle ambulatoire sur l'implantation de CDS dans l'hôpital ou en relation avec l'hôpital doit intégrer la prise en charge de l'odontologie, dans le but de poursuivre les soins lorsque les bénéficiaires de la PASS réintègrent le droit commun ; cette organisation permettra par ailleurs l'optimisation des services d'accueil d'urgence (SAU).

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

2Adultes et enfants en situation précaire : sans domicile, sans droits ouverts, en dessous du seuil de pauvreté, bénéficiaires de la CMU.c, personnes sortant de prison...



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

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

Personnes atteintes de troubles mentaux : adaptation des soins

La Prise en charge somatique des malades mentaux est un objectif national et la santé bucco-dentaire doit impérativement y être inscrite. Cette opportunité est actuellement étudiée au niveau du volet santé mentale en Ile-de-France.

Dans ce cadre, sensibiliser et former l'ensemble des acteurs de la chaîne de prise en charge prenant en charge cette population est une nécessité par le biais des formations médicales continues, des campagnes auprès des acteurs.

Parmi les actions envisagées, un dispositif de prise en charge doit être mis en place.

Il se décline de manière :

- gradué et hiérarchisé,
- avec un 1° recours local,
- un centre d'expertise,
- un service d'excellence et de recherche régional qui pourrait être situé à l'hôpital Sainte Anne.

Personnes détenues : accessibilité et adaptation des soins

Il est nécessaire de créer un statut de praticien hospitalier pérenne en milieu carcéral. Cette recommandation correspond aux demandes exprimées par les chirurgiens-dentistes actuellement en activité dans les centres de détention.

En plus de la reconnaissance de l'exercice professionnel en milieu carcéral, ils souhaitent le recrutement d'assistants dentaires pour libérer du temps médical, et un accès généralisé aux soins prothétiques.

La réflexion sur la santé des personnes détenues doit prendre en compte leur suivi après la levée d'écrou, réflexion qui s'articule avec des actions d'accessibilité aux soins (exemple : PASS) et également dans le cadre du volet traitant de la « santé des personnes détenues ».

III - La mise en œuvre du schéma bucco-dentaire en 2012 :

Les actions principales préconisées pour l'année à venir sont les suivantes :

1. pour les personnes âgées dépendantes : prise en charge de la santé BD en EHPAD ;
2. pour les personnes en situation de vulnérabilité : création d'une PASS ;
3. pour l'amélioration de la formation initiale : introduction de praticiens hospitaliers non universitaires dans les services hospitalo-universitaires d'odontologie ;
4. pour la mise en place d'un service d'accueil des urgences odontologiques pédiatriques.

Conclusion

La prise en charge de la santé bucco-dentaire est un champ d'action très vaste. Certaines actions appartenant au domaine de la prévention seront menées parallèlement aux actions décrites dans la présente note et détaillées dans le schéma Bucco-Dentaire.

Les différentes propositions doivent faire l'objet d'arbitrages et il doit être procédé à une hiérarchisation pour leur mise en place durant les cinq années du schéma.

Cependant, les actions précitées pour 2012 sont celles à mettre en œuvre en priorité car elles s'articulent avec des préconisations clés du PSRS. Par ailleurs, leur mise en place correspond à des besoins particulièrement urgents.

***