



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

# ACCES AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES

Dépendance



Handicap



Précarité



Maladies Rares



Pôle Patients

# RAPPORT

# 2018

# Sommaire

Introduction	5
Cohésion et synergie entre le référent handicap et le coordinateur régional	6
Le référent handicap	9
L'arbre décisionnel	9
Le Forum	10
Recensement des actions départementales	11
Les fiches de recensement des actions départementales	11
La cartographie	13
Dépendance	13
Handicap	13
Précarité	13
Prise en charge odontologique du patient vulnérable [DHP], « Les voies de la réussite »	14
L'accès aux soins pour tous : un problème majeur de santé publique	15
L'UFSBD	16
Les dates clés	16
Qui est l'UFSBD ?	17
Quel est le rôle de l'UFSBD ?	17
Trois grandes convictions	17
Le collectif de Lutte contre la Dénutrition en France	18
La spirale de la dénutrition [M .Ferry et al 1993]	19
Facteurs de dénutrition chez les personnes âgées	19
En conclusion	21
O.Rares [Maladies rares en odontologie]	22
Le centre de référence pour les manifestations odontologiques des maladies rares	22
Les missions d'un centre de référence maladies rares (CRMR)	22
Rôles et missions	22
Réseau des centres de compétence O-Rares	23
Missions des CCMR	23
Maladies orales et dentaires rares	23
Prise en charge thérapeutique	24
Education Thérapeutique du Patient ETP	24
Le Réseau SBDH-RA [Santé Bucco-Dentaire & Handicap Rhône-Alpes]	26
Actions de prévention	26

Dépistages -----	26
Séances d'Education pour la Santé Orale (E.S.O.)-----	26
Intervention d'une équipe dentaire mobile -----	26
Soins dans un Centre de Santé Orale (CSO) -----	26
Les patients pris en charge -----	27
Les soins réalisés -----	27
La file active -----	27
L'activité générale du Réseau SBDH-RA en chiffres -----	28
Territoire Centre -----	28
Territoire Nord-----	28
Territoire Sud-----	29
Territoire Est-----	29
Territoire Ouest -----	29
<b>Solident -----</b>	<b>30</b>
Le matériel de soins -----	30
L'organisation générale -----	30
La découverte des soins dentaires-----	31
La place des soins dentaires dans le parcours de vie-----	31
Typologie des patients -----	31
Une très forte proportion d'hommes -----	31
Les mineurs non accompagnés [MNA]-----	32
Durée de la prise en charge -----	32
Les différentes actions de Solident -----	33
<b>Les réseaux -----</b>	<b>34</b>
<b>Notes -----</b>	<b>36</b>
<b>Propositions, axes de travail -----</b>	<b>37</b>
Amélioration et augmentation -----	37
Réforme des DES-----	37
Développement de techniques spécifiques -----	37
Maillage des centres ressources -----	37
Développement d'unités mobiles de soins -----	37
Création de postes de praticiens hospitaliers -----	37
Partenariats financiers -----	37
Autres actions -----	37
<b>Serment d'Hippocrate -----</b>	<b>38</b>
<b>Bibliographie -----</b>	<b>39</b>



# Introduction

Ce deuxième rapport sur l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de dépendance, de handicap ou de précarité se situe dans la continuité de celui réalisé en 2017<sup>1</sup>.

Pour rappel un cinquième de la population française n'accède pas ou plus aux soins dentaires.

Des thématiques propres à chaque population ont été ajoutées ; la dénutrition, les maladies rares, ...

Il est intéressant de noter, grâce aux fiches recensements que des actions se créent, se développent, mais de façon encore insuffisante.

Les pouvoirs publics sont conscients des problématiques de prévention et des besoins de prise en charge de ces populations. En attestent les propositions concernant la prévention dans la nouvelle Loi Santé ou la prise en compte du handicap avec l'article 12 de la nouvelle convention. Pourtant se pose la question de la pérennité des aides, des soutiens, des subventions, ceci empêchant la continuité de nombre d'actions. Quid des postes de praticiens hospitaliers non renouvelés, de l'absence de PASS odontologiques dans de nombreux CHU, de la formation des praticiens spécialistes et omnipraticiens à ces soins spécifiques ?

Un nombre important de professionnels libéraux s'insurge contre cet état de fait et oeuvre soit dans des réseaux, soit dans leurs cabinets de façon altruiste et humanitaire pour éviter les discriminations économiques et médicales.

L'objectif est d'atteindre la même qualité de soins pour tous, de développer la prévention et les soins conservateurs et de ne plus procéder à des thérapeutiques invalidantes comme des avulsions multiples engendrées par des soins trop tardifs.

Ce rapport 2018 montre que sans la volonté, la synergie et l'implication de tous les acteurs de la santé bucco-dentaire, rien ne se ferait : chirurgiens-dentistes qu'ils soient libéraux ou salariés, travaillant en ville ou à l'hôpital, universitaires, réseaux de santé, associations d'usagers, monde médico-social, ...

N'oublions pas que la profession de chirurgien-dentiste a été la première à développer la prévention comme l'atteste la création des comités d'hygiène bucco-dentaires puis de l'UFSBD, il y a maintenant plus de cinquante ans !

<sup>1</sup> [http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/forumaccesauxsoins/wp/wp-content/uploads/2017/09/rapport\\_bucco\\_dentaire\\_web.pdf](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/forumaccesauxsoins/wp/wp-content/uploads/2017/09/rapport_bucco_dentaire_web.pdf)

# Cohésion et synergie entre le référent handicap et le coordinateur régional

Créer de la cohésion et de la synergie entre les référents handicap départementaux et les coordinateurs régionaux, tel était l'enjeu des deux journées organisées à leur intention en février et en mars 2018 au conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes.

L'objectif : informer et former pour permettre d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, de dépendance et de précarité.

L'une des missions des référents Handicap consiste à identifier les initiatives existantes pour guider les patients vers la structure de soins la plus adaptée à leurs besoins.

Ces deux sessions, qui se sont déroulées les 1er février et 15 mars 2018, étaient organisées par Dominique Chave, présidente de la commission de la



vigilance et des thérapeutiques, et de Christian Winkelmann, président de la commission du pôle Patients, avec la participation d'Éric Magnier, président de l'association Santé orale et soins spécifiques (SOSS). Elles ont rassemblé 110 référents et coordinateurs avec un triple objectif :

- fédérer les énergies ;
- partager les expériences qui fonctionnent ;
- rappeler les missions de chaque acteur.

En pratique, Aude Bourden, conseillère Santé à l'Association des paralysés de France (APF) a expliqué ce que revêt la notion de handicap : «C'est un multiplicateur de difficultés et un facteur de paupérisation. » Pour elle,

l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de handicap repose sur deux piliers fondamentaux : la création de réseaux et une meilleure connaissance des différents acteurs (sociaux, médicaux, institutionnels). Elle a salué l'engagement des chirurgiens-dentistes, qui ont « intégré la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap depuis une quinzaine d'années, peut-être même avant les autres professionnels de santé».



Éric Magnier a pour sa part présenté les différents interlocuteurs et partenaires sur les territoires. Il a insisté sur la nécessité d'un maillage territorial. «La médecine bucco-dentaire, la gynécologie et l'ophtalmologie sont les spécialités les plus demandées par les personnes en situation de handicap».

De leur côté, Dominique Chave et Christian Winkelmann ont rappelé les missions du référent handicap départemental ainsi que celles du coordinateur régional. Le référent Handicap établit un état des lieux précis de la demande et de l'offre de soins sur son territoire ( praticiens libéraux accueillant particulièrement cette population, cliniques, réseaux, praticiens formés au MEOPA, services hospitaliers odontologiques, ...). Il a également pour mission d'identifier les initiatives existantes afin de guider au mieux les patients qui en font la demande vers la structure la plus adaptée.



Sandra Zalinski, chirurgien-dentiste, spécialiste qualifiée en médecine bucco-dentaire, installée dans le département de Maine-et-Loire, a été le troisième intervenant. Elle a partagé son expérience du cabinet dentaire qu'elle a installé avec sa consœur Laurence Williamson ; celui-ci est totalement dédié au handicap au sein d'une clinique privée à Trélazé. L'objectif initial de ce cabinet dentaire consistait à élargir l'offre de soins afin de désengorger le centre hospitalier universitaire dont les listes d'attente ne permettaient pas un rendez-vous avant six mois en moyenne. « Ce cabinet dentaire connaît un tel succès dans la prise en charge de soins spécifiques que le CHU, sans pour autant se désengager de la prise en charge du handicap, a fermé ses vacations d'odontologie adaptée », explique-t-elle. Le service se compose de deux praticiens spécialistes qualifiés en médecine bucco-dentaire, de deux assistantes dentaires, de deux secrétaires, d'une aide dentaire à mi-temps (elle-même en situation de handicap). Il bénéficie de quatre vacations sous anesthésie générale par semaine.

Les coordinateurs régionaux poursuivent quant à eux les quatre objectifs suivants :

1. améliorer la transversalité et la cohérence d'un système de santé régional ;
2. développer les politiques et les actions de prévention dans un but de réduction des inégalités de santé ;
3. faciliter un accès équitable et pertinent des soins ;
4. renforcer la qualité des soins et des prises en charge.

Ils s'attachent par ailleurs à favoriser l'harmonisation des travaux des référents Handicap départementaux, la lisibilité du parcours de soins (cabinets de ville/hôpital), la création de réseaux et de structures spécifiques telles que les structures mobiles et, enfin, se livrent à la recherche de financement.

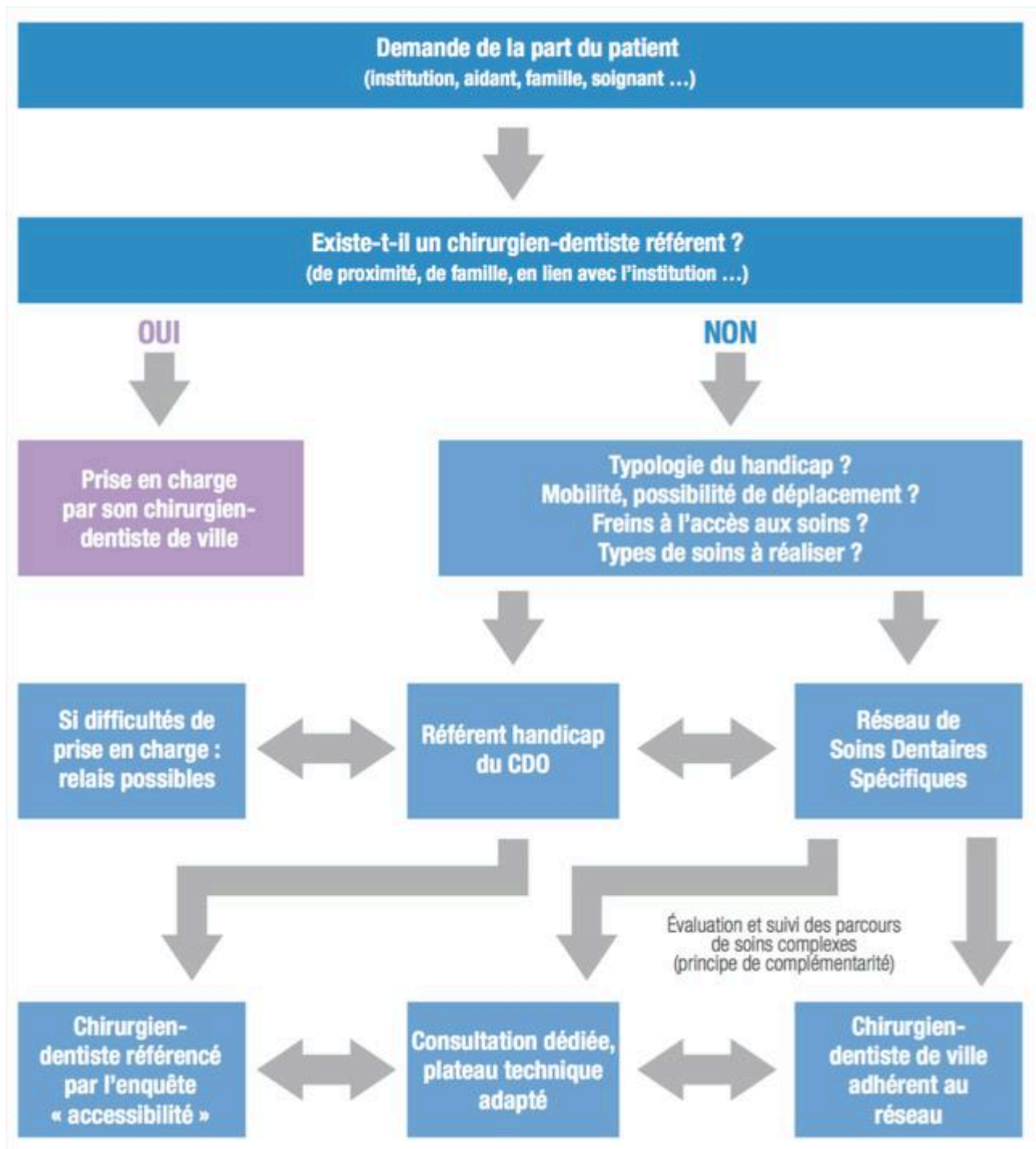
Au total, ces sessions ont été riches d'enseignements. Les échanges et les débats nourris entre les acteurs du soin aux personnes en situation de handicap, de dépendance et de précarité témoignent d'une volonté d'agir ensemble et de fédérer les énergies pour continuer de développer le chantier de l'accès aux soins pour tous.



# Le référent handicap

## L'arbre décisionnel

Un arbre décisionnel a été élaboré par le réseau SDS Bretagne. Il permet de diriger au mieux le demandeur et de relayer les informations. Cet arbre décisionnel présenté ci-dessous servira de référence à tout référent handicap.



## FORUM D'ACCÈS AUX SOINS

Permettre les échanges entre toutes les personnes et les associations impliquées dans l'offre de soins aux personnes en situation de handicap, aux populations précaires et vulnérables, aux personnes âgées et dépendantes résidant en EHPAD.



### DÉPENDANCE

Formation du personnel soignant  
Dépistage  
Offre de soins



### HANDICAP

Offre de soins  
accessibilité



### PRÉCARITÉ

Offre de soins



### PÔLE PATIENTS

Accès aux soins pour tous  
Écoute  
Information & Pédagogie  
Conciliation

#### Accès aux téléchargements

- BIBLIOGRAPHIE
- CARTOGRAPHIE
- FICHES RECOMMANDÉES
- RAPPORT BUCCO-DENTAIRE 2017

#### Contact

- CONTACTEZ-NOUS
- LISTE DES ASSOCIATIONS

#### Articles récents

- Une société inclusive nécessite une prise en charge adaptée de tous les patients
- Les soins dentaires au-delà du handicap (Résumé - La République du Centre)
- Rapport Accès aux soins bucco-dentaires 2017
- Le guide d'aide à l'évaluation du risque public d'insécurité au domicile
- Une étude sur l'initiation générale : De quoi soulèvent les migrants ?

#### Articles les plus commentés

- Caseriel envoyé par le re...  
2 commentaires
- DU Sacré Ordre Handicapé...  
2 commentaires
- Bénéfices de la prévention...  
2 commentaires
- Pôle Patients, une unité...  
1 commentaire
- Chroniques de parafigine...  
1 commentaire

#### Connexion

Identifiant

Mot de passe

Se souvenir de moi

<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/forumaccesauxsoins/>

Le forum « Accès aux soins bucco-dentaires » est accessible à partir du site internet de l'Ordre et vise à permettre les échanges entre tous les acteurs et les associations impliquées dans l'offre de soins aux personnes en situation de handicap, aux populations précaires et vulnérables et aux personnes âgées dépendantes résidant ou non en EHPAD.

Quatre thématique sont disponibles : Handicap, Dépendance, Précarité et Pôle Patients avec une bibliographie consultable en ligne.

Ainsi, les professionnels de santé, dont les chirurgiens-dentistes, peuvent réagir sur le forum en publiant ou en commentant un article. La possibilité est également donnée à tout un chacun de consulter les documents disponibles en ligne.

Le forum est un dispositif participatif où chacun peut donc s'exprimer comme il l'entend et a vocation à être un outil fédérateur. Pour prendre part aux échanges, il convient de se créer un compte (avec une adresse mail valide) avant de se connecter.

L'Ordre encourage vivement tous les référents handicap, tout chirurgien-dentiste, toute association à l'origine d'initiatives plus isolées à communiquer sur les actions mises en place. L'objectif du forum est de mutualiser les énergies pour qu'un maillage efficace se mette rapidement en place.

# Recensement des actions départementales

## Les fiches de recensement des actions départementales

Chaque référent handicap départemental a, à sa disposition, une fiche de recensement qu'il peut télécharger et mettre à jour.



The screenshot shows a navigation bar with three items: 'VIGILANCE THÉRAPEUTIQUE' (with a logo), 'DÉPENDANCE HANDICAP PRÉCARITÉ', and 'PÔLE PATIENTS'. Below this is a blue banner with the title 'Fiches recensement des conseils départementaux' and the instruction 'Cliquez sur le bouton correspondant à votre département pour télécharger sa fiche.'

### Téléchargement :

Cette section du forum permet de télécharger les fiches de recensement de chaque département. Elles sont téléchargeables en cliquant sur le bouton correspondant au département souhaité. Ces fiches sont au format « .doc », ce sont des formulaires à compléter. Ainsi les référents handicap et/ou les conseils départementaux peuvent les télécharger, les mettre à jour et les retourner au conseil national de l'Ordre en vue de leur mise en ligne.



A grid of eight buttons, arranged in two rows of four. Each button contains the text 'Fiche recensement CDO' followed by a number from 01 to 08.

<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/forumaccesauxsoins/index.php/fiches-recensement-cdo/>

Cette fiche, une fois renseignée, doit être adressée au conseil national à des fins de mise en ligne sur le forum.

Pour communiquer, une adresse mail spécifique : [accesauxsoins@oncd.org](mailto:accesauxsoins@oncd.org)

Un simple clic sur le(s) département(s) souhaité(s) permet de télécharger et consulter la(es) fiche(s) de recensement.

Elaborée en « .doc », cette fiche facilite sa mise à jour par le référent handicap.

The image displays two side-by-side screenshots of a web-based form for dental professionals. The left screenshot is titled 'DEPENDANCE' and the right is titled 'HANDICAP'. Both forms share a common header with 'CDO' and 'Année' fields. Below this, there are sections for 'Réfèrent' (with fields for 'Civilité', 'Prénom', 'Nom', 'Mail', 'Téléphone fixe', 'Adresse postale') and 'Réseaux connus'. The main body of each form consists of several sections with multiple-choice options (checkboxes) for different professional categories and services. The 'DEPENDANCE' section includes sections for 'Dépistage', 'Soins', 'Télémedecine', 'Annulation des interventions & Régimes bucco-dentaires', 'Bénéficiaires', 'Formateurs', 'Lieux', 'Financements', 'Stat', and 'Commentaires'. The 'HANDICAP' section includes sections for 'Dépistage', 'Soins', 'Annulation des interventions & Régimes bucco-dentaires', 'Formateurs', 'Lieux', 'Financements', 'Stat', and 'Commentaires'. At the bottom of each form, there is a 'VIGILANCE THÉRAPEUTIQUE' logo.

## La cartographie

Sur le forum « Accès aux soins bucco-dentaires<sup>1</sup> », il est possible de consulter une cartographie mettant en exergue les actions entreprises sur le territoire. Les zones colorées des cartes correspondent aux actions recensées.

<sup>1</sup> [<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/forumaccesauxsoins/index.php/cartographie/>]

## Dépendance



Dépistage | Prévention



Soins



Formation

## Handicap



Dépistage | Prévention



Soins



Formation

## Précarité



Soins

# Prise en charge odontologique du patient vulnérable [DHP], « Les voies de la réussite »

Le tableau qui suit est une synthèse résumant les préceptes à mettre en œuvre pour réussir l'accès aux soins bucco-dentaires des patients vulnérables. Le chantier est colossal ! C'est une question non pas d'égalité mais d'équité: la grande majorité de ces patients vulnérables sont assurés sociaux (égalité) mais, en dépit de leurs droits sociaux, ils n'accèdent pas concrètement aux soins (équité).

Dépendance (D)	Handicap (H)	Précarité (P)
<p>Itinérance du praticien : « Allez vers » le patient vulnérable</p> <p>En institutions : EHPAD* ... En milieu hospitalier : HJPH En cabinet libéral : accessible A son domicile</p>	<p>Itinérance du praticien : « Allez vers » le patient vulnérable</p> <p>En institutions : IME*, MAS* ... En milieu hospitalier: HJPH* CH* CHL* CHU* En cabinet libéral : accessible A son domicile</p>	<p>Itinérance du praticien : « Allez vers » le patient vulnérable</p> <p>En institutions : CCAS*, RGC*... En milieu hospitalier : PASS*, CHU* En cabinet libéral : si droits sociaux A son domicile ou lieu de vie</p>
<p>Transdisciplinarité, équipe : Chirurgien-dentiste CD spécialiste MBD Médecin coordinateur Géronte Cadre de santé, Infirmière, aide-soignante Accompagnant, aidant Personnel administratif</p>	<p>Transdisciplinarité, équipe : Chirurgien-dentiste CD*, CD spécialiste MBD* Médecin généraliste Médecin spécialiste Anesthésiste, radiologue IADE*, Assistante Educateur, accompagnant, aidant Personnel administratif</p>	<p>Transdisciplinarité, équipe : Chirurgien-dentiste Médecin généraliste Assistante sociale, Educatrices de rue Infirmière Infirmier psychiatrique Interprète, accompagnant, aidant Personnel administratif</p>
<p>Dissociation des actes - Prévention, - Dépistage, bilans en EHPAD - Soins curatifs (en ville ou HJPH, CH, CHU)</p> <p><u>Mobilité</u> Selon le type d'acte : lieux, praticiens et plateaux techniques différents</p>	<p>Dissociation des actes - Prévention, - Dépistage, bilans - Soins curatifs (en ville ou HJPH, CH, CHU)</p> <p><u>Mobilité</u> Selon le type d'acte : lieux, praticiens et plateaux techniques différents</p>	<p>Dissociation des actes - Prévention, - Dépistage, bilans - Soins d'urgence (si en attente de droits) - Soins curatifs en ville (si ayant droit)</p> <p><u>Mobilité</u> Selon le type d'acte : lieux, praticiens et plateaux techniques différents</p> <p><u>Immédiateté</u> délai maximum : un jour entre bilan et soins d'urgence (CHU)</p>
<p>Rapprochement du CDO avec - le monde libéral, - le monde hospitalier, - le monde associatif - le monde administratif ARS</p>	<p>Rapprochement du CDO* avec - le monde libéral, - le monde hospitalier, - le monde associatif - le monde administratif ARS*</p>	<p>Rapprochement du CDO avec - le monde médical - le monde médico-social - le monde libéral, - le monde hospitalier, - le monde associatif</p>
<p>Approche psycho sociale - temps: chronophage - écoute : cognition - accompagnement : empathie</p>	<p>Approche psycho sociale - temps : chronophage - écoute : cognition - accompagnement : empathie</p>	<p>Approche psycho sociale - temps: chronophage - écoute : cognition - accompagnement : empathie</p>
<p>Formation spécifique, pratique Médicaux, Personnel EHPAD...</p>	<p>Formation spécifique, pratique Médicaux, paramédicaux...</p>	<p>Formation spécifique, pratique Médicaux, médico sociaux paramédicaux...</p>

## L'accès aux soins pour tous : un problème majeur de santé publique



En 2018, en France, une personne sur cinq n'accède pas (ou plus) aux soins bucco dentaires !

Répartition approximative : 1/3 handicap, 1/3 dépendance, 1/3 précarité.

Le tableau ci-contre résume les principes qu'il convient, selon nous, de suivre.

Qu'il s'agisse de patients en situation de handicap, de dépendance ou de précarité, ces préceptes restent sensiblement les mêmes. Le fameux « Allez vers » est une constante.

Les diverses formes de handicap (physique, psychique, sensoriel...) et leur intensité impliquent quelques variantes dans l'offre de soins. La vieillesse, la dépendance ne représentent qu'une forme particulière de handicap, en revanche, la précarité implique de surcroît une approche médico-sociale. Dans chaque département, nombreux sont les professionnels qui s'occupent déjà de ces patients, mais ils travaillent souvent dans des lieux distincts, méconnaissent leurs existences réciproques la plupart du temps ; une réorganisation s'impose.

Concernant l'accès aux soins dentaires,

- Pour les bilans : l'installation non pas d'un plateau technique complet, mais d'un simple fauteuil dentaire et d'un scialytique (matériel neuf ou d'occasion) permet de réaliser les bilans dans des conditions normales : c'est fort utile en EHPAD, ou dans des structures multi partenariales (type RGC), puis de diriger le patient vers le praticien de ville ou la structure appropriée en joignant le courrier « de confrère à confrère » si des soins, sont suite à ce bilan, nécessaires : demande de prise en charge du patient indiquant le résultat du bilan clinique déjà pratiqué et proposition d'un éventuel plan de traitement.
- Pour les soins curatifs : un équipement complet est indispensable en milieu libéral, ou hospitalier ou même au bloc (fauteuil sur roulette) par exemple en AGSI\*, par des praticiens AOSIS regroupés en GCS\*.

Dans les trois cas (handicap, dépendance, précarité) bien évidemment, chaque fois que son état socio-clinique le permet, le patient est pris en charge par le chirurgien-dentiste libéral. Lorsque ce n'est plus possible, l'application de ces six principes représente la solution : l'itinérance des praticiens, la transdisciplinarité, la dissociation des actes, le rapprochement du CDO et des mondes professionnels, l'approche psycho-sociétal et la formation ; avec quelques variantes selon le type de vulnérabilité (handicap, dépendance, précarité) et selon le degré d'atteinte du patient.

Le CDO des CD contacte alors les partenaires et coordonne le cas échéant les actions nécessaires.

Ainsi, en suivant ces quelques principes, ces patients vulnérables accèderont aux soins bucco-dentaires.

### Liste des sigles utilisés

AGSI : anesthésie générale sans intubation

ARS : agence régionale de santé

CCAS : centre communal d'action sociale

CD : chirurgien-dentiste

CDO : conseil départemental de l'ordre

CH : centre hospitalier

CHL : centre hospitalier Henri LABORIT Poitiers

CHU : centre hospitalier universitaire

EHPAD : établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes

GCS : groupement de coopération sanitaire

HJPH : hôpital de jour pour personnes handicapées

IAD : infirmier anesthésiste diplômé d'Etat

IME : institut médico éducatif

MAS : maison d'accueil spécialisé

MBS : spécialité en médecine bucco-dentaire

PASS : permanence d'accès aux soins de santé

RGC : relais Georges Charbonnier, structure multi-partenaire à Poitiers, comprenant : CCAS, CHU, CHL, Toit du monde et l'AOSIS.

# L'UFSBD

## Les dates clés

2013	Communiqué de Presse sur les nouvelles recommandations de l'UFSBD sur l'hygiène bucco-dentaire
2011	Publication des chartes de recommandations pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap
2010	Création du premier réseau sentinelles de chirurgiens-dentistes.
2009-2013	L'OMS renouvelle sa confiance à l'UFSBD en élargissant son mandat, pour une mise en application à partir de l'année suivante. Renforcement du positionnement auprès du cabinet dentaire pour un accompagnement de l'évolution des pratiques professionnelles.
Depuis 2007	L'UFSBD est le principal promoteur des mesures d'accompagnement de l'action M'T Dents, mise en place et financée par l'Assurance Maladie et visant à faire acquérir aux enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans les connaissances nécessaires en matière d'hygiène et de santé bucco-dentaire et à les inciter à réaliser les examens de prévention.
2006	Suite à la loi de santé publique du 9 août 2004, et en correspondance avec les objectifs fixés dans le domaine du dentaire, l'UFSBD se voit confier par le Ministère de la Santé et des Solidarités la réalisation d'une nouvelle enquête épidémiologique nationale sur la santé bucco-dentaire des enfants âgés de 6 et 12 ans.
2003	Création du Haut Conseil de Santé Bucco-Dentaire (HCSBD). Composé de professionnels du bucco-dentaire, de la santé, de représentants du monde politique et administratif, d'acteurs de santé publique, d'usagers et de consommateurs, il est à l'initiative des études menées par l'UFSBD en matière de santé publique.
Depuis 1998	L'UFSBD devient Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
1987 1990 1993 1998	Reconnue pour sa crédibilité scientifique, l'UFSBD mène 4 enquêtes épidémiologiques nationales sur la santé bucco-dentaire des enfants âgés de 6, 9 ans et 12 ans à la demande du ministère de la santé
1986	L'UFSBD participe à l'introduction du sel fluoré sur le marché.
1975	Le Ministère de la Santé confie le dépistage à l'UFSBD
1966-1975	L'UFSBD met au point les fondements de l'éducation à la santé bucco-dentaire et commence à œuvrer dans les écoles
1966	Création de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (association loi 1901) par le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes (CNOCD), la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD) et l'Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes-Union Dentaire (UJCD-UD).

UFSBD 7, rue Mariotte 75017 Paris | tel 01 44 90 72 80 | ufsbd@ufsbd.fr | www.ufsbd.fr



## Qui est l'UFSBD ?

L'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire), association loi de 1901, est l'organisme de la profession dentaire au service du progrès de la santé bucco-dentaire en France. Agissant auprès des pouvoirs publics pour initier et faire évoluer les politiques de santé publique, l'UFSBD est aussi un acteur de terrain. Pour elle, la santé bucco-dentaire est une condition de la santé, non seulement physique, mais aussi psycho-sociale. L'UFSBD est engagée sur de multiples terrains via des programmes d'actions qui abordent de nombreux thèmes et ciblent les populations les plus sensibles : enfants, apprentis, étudiants, femmes enceintes, personnes handicapées et/ou en situation d'exclusion, résidents des EHPAD ...



L'UFSBD est structurée en un réseau d'associations départementales et régionales, coordonné par une gouvernance nationale reconnue par les instances de santé publique. Elle est animée par ses praticiens acteurs de terrain et s'appuie sur des partenariats éthiques qui permettent d'inscrire la santé bucco-dentaire dans la vie quotidienne des Français.

## Quel est le rôle de l'UFSBD ?

Plus qu'une institution, l'UFSBD est la force motrice qui :

- conçoit et diffuse des messages de prévention auprès de cibles identifiées
- interpelle les pouvoirs publics et initie le dialogue
- rassemble, informe et forme les chirurgiens-dentistes
- engage l'échange entre la profession, les autres métiers de santé et des associations de patients
- met en oeuvre des actions de prévention grâce à des partenariats éthiques

En chiffres, l'UFSBD c'est chaque année :

- 15 000 adhérents
- 500 000 enfants sensibilisés
- 260 journées de formation et de sensibilisation en EHPAD
- 100 journées dans des centres médico-sociaux
- 60 journées d'interventions auprès des centres pour personnes précaires
- 180 séances de formation continue et 2 500 équipes dentaires formées
- 39 partenaires associatifs, institutionnels et privés
- 1 colloque de santé publique
- 1 label grand public

## Trois grandes convictions

définissent l'UFSBD et structurent son discours auprès des différentes cibles :

1. La santé bucco-dentaire est au coeur de la santé, physique et psycho-sociale. C'est un excellent indicateur de la condition sociale et des inégalités d'accès à la santé.
2. L'éducation à la santé et la prévention, collective et individuelle, sont les mieux à même de préserver la santé des Français, compte tenu des interactions entre modes de vie, santé bucco-dentaire et santé.
3. La profession dentaire a l'obligation d'être à l'avant-garde d'une évolution indispensable et inévitable du système de santé, et de définir elle-même sa place dans le parcours de santé des Français.

# Le collectif de Lutte contre la Dénutrition en France

En France, pays de la Gastronomie, se nourrir est un plaisir.

Mais, d'un point de vue médical, c'est surtout une nécessité incontournable. La nourriture est et reste le premier médicament pour le corps. Cette énergie permet de lutter contre les infections diverses.

Pour autant, il s'avère qu'aujourd'hui en France, plus de 2 millions de personnes sont dénutries. Toutes les tranches d'âges sont concernées : enfants, adolescents, adultes, patients atteints de maladies « chroniques », patients immunodéprimés, personnes âgées à domicile ou en établissement de santé, ...

La dénutrition est lourde de conséquences : risques de mortalité, d'infections, de complications. Elle est aussi à l'origine de l'augmentation de la durée des séjours en milieu hospitalier.

Selon la HAS, la dénutrition protéino-énergétique touche 4 % à 10 % des personnes âgées à domicile. 40 % des hospitalisations des personnes âgées sont liées à la dénutrition et parmi les personnes âgées hospitalisées, 50 % sont dénutries.

Les EHPAD sont souvent démunis face au problème de la dénutrition, pire certains le négligent ou le nient.

Selon l'étude n° 89 de la DREES de décembre 2014, 693 000 personnes âgées résident en EHPAD et on estime à 270 000 le nombre de résidents dénutris dans les EHPAD. La HAS évoque 15 à 38 % de dénutrition en EHPAD et une étude de 2011 donne le chiffre de 45 %.

La dénutrition est le facteur le plus prédictif d'évènements péjoratifs chez la personne âgée avec un risque de décès, de morbidité et de perte d'autonomie augmenté.

La dénutrition est un des 6 items indicateurs de fragilité au même titre que la dépression, la chute et l'iatrogénie. Elle peut être repérée à tous les niveaux de la prise en charge. Elle est évidemment, à ce jour, reconnue comme problème de Santé Publique.

Elle est fréquente chez les personnes de plus de 70 ans et sa prévalence augmente avec l'âge. Il s'agit d'une maladie silencieuse et pourtant très bien caractérisée.

En effet, lorsqu'une personne fragile ou malade a des apports alimentaires insuffisants par rapport à ses besoins, cela entraîne des carences multiples et une détérioration de la santé.

Selon la HAS, après 70 ans, le diagnostic de dénutrition protéino-énergétique repose sur quatre critères.

1. Une perte de poids involontaire de plus de 5 % en un mois ou de 10 % en six mois.
2. Une diminution de la masse corporelle totale ; un indice de masse corporelle inférieur à 21
3. Un score inférieur à 17/30 à un questionnaire de dépistage : le Mini Nutritional Assesment (MNA).
4. Une albuminémie inférieure à 35g/l avec une valeur de protéine C réactive normale (CRP).

La dénutrition est un syndrome gériatrique à part entière. Elle se manifeste par quatre signes cardinaux : asthénie, apathie, perte de poids, anorexie.

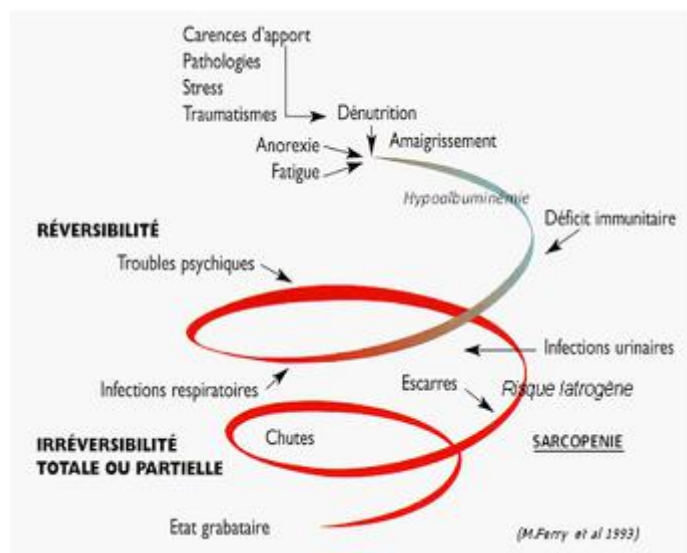
L'isolement social, le manque d'aide pour les repas, la polymédication, les troubles cognitifs, les régimes alimentaires mous ou mixés sont des facteurs aggravants.

Il est plus facile de prévenir la dénutrition que de traiter la dénutrition installée. C'est pourquoi son dépistage fait partie du Bilan Gériatrique.

Tout épisode pathologique aggrave à la fois la dénutrition et l'immunodéficience. Il en résulte une spirale descendante vers la dépendance et le décès.

La dénutrition est associée à l'augmentation des infections, des troubles de la marche, des chutes, des fractures, des escarres et de la mortalité.

## La spirale de la dénutrition [M. Ferry et al 1993]



Comme l'illustre le tableau ci-dessous, les troubles bucco-dentaires représentent un facteur important de la dénutrition chez les personnes âgées.

## Facteurs de dénutrition chez les personnes âgées

[Guide pratique du vieillissement | Elsevier Masson | page 81]

Facteurs psycho-socio-environnementaux	Affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements médicamenteux au long cours
Isolement social Deuil Difficultés financières Maltraitance Hospitalisation des habitudes de vie : entrée en institution	Douleur Pathologie infectieuse Fracture entraînant une impotence fonctionnelle Intervention chirurgicale Constipation sévère Escarres	Polymédication Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, ... Corticoïdes au long cours

Troubles bucco-dentaires	Régimes restrictifs	Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques
Troubles de la mastication Mauvais état dentaire Appareillage mal adapté Sécheresse de la bouche Candidose oropharyngée Dysgueusie	Sans sel Amaigrissant Diabétique Hypocholestérolémiant Sans résidu au long cours	Maladie Alzheimer Autres démences Syndrome confusionnel Troubles de la vigilance Syndrome parkinsonien

Troubles de la déglutition	Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Troubles psychiatriques
Pathologie ORL Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire	Dépendance pour l'alimentation Dépendance pour la mobilité	Syndromes dépressifs Troubles du comportement

L'ensemble de la littérature médicale et scientifique fait état pour le sujet âgé, d'une augmentation des pathologies bucco-dentaires et de l'impact de ces pathologies sur l'état de santé général du patient âgé.

L'OMS, dans son rapport de 2003 préconisait déjà de porter une attention particulière à l'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

En EHPAD, seulement 3 % des résidents gardent une dentition saine alors que 50 % sont totalement édentés. La plupart d'entre eux ont une hygiène défectueuse et 25 % présentent une candidose oro-pharyngée très invalidante avec hypo ou asialie.

La perte des dents, les prothèses inadaptées, les ulcérations, les épines irritatives, les douleurs, l'inconfort modifient le choix des aliments et provoquent une diminution des apports, notamment en réduisant la consommation de viandes, de fruits et de légumes.

Cet état bucco-dentaire détérioré a une incidence sur le choix des aliments, sur le plaisir, sur l'appétit et provoque des répercussions sur la facilité à mastiquer, déglutir et à manger entraînant des carences.

Le moment du repas est pourtant la principale préoccupation des personnes âgées en EHPAD jusqu'à la fin de leur vie.

Le vieillissement agit sur la détérioration de l'état bucco-dentaire et ceci a des répercussions sur la qualité de vie. Tout est imbriqué.

Face à ce constat alarmant de la santé bucco-dentaire des résidents en EHPAD, les professionnels de santé sont pris d'une résignation généralisée :

- Les directeurs d'EHPAD formulent des demandes de résolution du problème.
- Les soignants font état d'un manque de temps, de la peur de l'agressivité des résidents, de dégoût, du turn-over important du personnel soignant et souhaitent bénéficier de formations adaptées.
- Les chirurgiens-dentistes s'interrogent sur la manière de répondre à ces nombreuses demandes d'intervention mais quid des moyens ?
- Du côté des résidents, on note un vrai renoncement aux soins en rapport avec l'âge, l'état cognitif, la dépendance, les problèmes de transport, les filières de soins encore peu adaptées.

Il semble que chacun se sente démuni, se résigne et fasse avec.

L'action du **Dr Joseph John BARANES**, coordinateur pédagogique et scientifique depuis 2006, au sein du Réseau Inter-établissements et Services du Val d'Oise REGIES 95. : « Bien Vieillir, Bien Manger, Bien Sourire » vise à améliorer l'hygiène et la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées en établissement.

Cette action s'est construite sur les résultats d'une étude-action 2006-2008, dont le poster a été présenté le 5-9 juillet 2009 au 19<sup>th</sup> World congress of Gerontology Geriatrics à Paris. Elle montre que le programme de formation des soignants a permis une amélioration de la santé orale des personnes âgées en institution, en observant un frein significatif à la carie et en favorisant une meilleure hygiène orale.

Le projet d'action retenu montrait (en construisant un modèle pédagogique de formation d'un référent formateur en confort et santé orale, d'un médecin coordinateur et d'un chirurgien-dentiste volontaires de proximité dans les 70 établissements du Val d'Oise reliés au travers d'un réseau) que la formation des personnels en EHPAD permettait d'améliorer l'état bucco-dentaire et la nutrition de ces résidents.

La formation des soignants et la trans-professionnalité sont les clés de voûte de toute action en faveur de l'amélioration de la santé bucco-dentaire des résidents et de leur nutrition. L'action de REGIE 95 menée ces dernières années présente de très bon résultats sur le terrain ; elle est soutenue et labélisée « Droit des usagers de la santé » par l'ARS Ile de France. Un déploiement de cette action est en cours dans le département de Seine et Marne (77). Le choix se fonde sur le principe d'une prise en charge globale de la santé bucco-dentaire, de l'hygiène jusqu'aux soins étant entendu que le dépistage, l'hygiène et les soins sont indissociables. Très récemment le CLAN (comité de liaison en alimentation et nutrition) du REGIES 95 a lancé une étude sur l'état nutritionnel des personnes âgées intégrant les EHPAD du Val d'Oise ; un questionnaire aura pour objet de réaliser un état des lieux et de proposer un protocole de lutte contre la dénutrition.

## En conclusion

La dénutrition de la personne âgée en EHPAD est à la fois cause et conséquence de pathologies. Elle doit être diagnostiquée très rapidement et doit s'accompagner d'une prise en charge adaptée pour éviter une spirale descendante vers la dépendance et parfois le décès.

La formation de toutes les catégories de soignants, ainsi que la famille et les aidants est essentielle.

La corrélation entre l'état de santé bucco-dentaire, l'alimentation et l'état de santé général n'est plus à démontrer.

C'est pourquoi toute la profession s'engage à résoudre les problèmes bucco-dentaires des patients âgés avec une stratégie interventionnelle, dont le but principal reste le confort, l'absence de douleur, l'estime de soi pour retrouver le plaisir de manger et la convivialité des repas.

**« Quand la santé bucco-dentaire va, on commence à parler des goûts et des saveurs de l'enfance, des couleurs, des odeurs, ... et le spectre de la dénutrition s'éloigne naturellement ... ».**

# O.Rares [Maladies rares en odontologie]



**Le centre de référence pour les manifestations odontologiques des maladies rares**

**Les missions d'un centre de référence maladies rares (CRMR)**

« Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge » selon la définition du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (Plan National Maladies Rares 1)

Le Centre de Référence d'une maladie rare ou d'un groupe de maladies rares est un ensemble de compétences pluridisciplinaires hospitalières organisées autour d'équipes médicales hautement spécialisées.

## Rôles et missions

Il assure à la fois un rôle :

- d'expertise pour une maladie ou un groupe de maladies rares en ayant développé des compétences spécifiques et reconnues dans ce domaine,
- de recours, qui lui permet, du fait de la rareté de la pathologie prise en charge et du faible nombre des équipes spécialistes dans le domaine, d'exercer une attraction (interrégionale, nationale ou internationale) au-delà du bassin de santé de son site d'implantation.

Ses principales missions :

- permettre au malade et à ses proches de trouver une prise en charge globale : en améliorant l'accès au diagnostic et son annonce ; en définissant, organisant et réévaluant régulièrement la stratégie de prise en charge sanitaire et médico-sociale et le suivi interdisciplinaire dans le cadre d'une filière de santé ; en veillant à l'information et à la formation du malade et de sa famille.
- guider et coordonner les professionnels de santé non spécialisés participant à la prise en charge de proximité du malade (acteurs de soins ou sociaux de proximité, centres hospitaliers proches du malade) en les informant et les formant sur la pathologie et sa prise en charge.
- participer à la surveillance épidémiologique de la maladie, à l'animation des recherches et essais thérapeutiques, à la diffusion (indications et prescriptions) et au suivi des thérapeutiques et dispositifs orphelins, ainsi qu'à la mise en place de bonnes pratiques professionnelles concernant la pathologie, en liaison avec les équipes nationales et internationales travaillant dans le même domaine.
- s'engager dans une dynamique de coordination entre centres, en lien avec l'ensemble des centres de compétences répartis sur le territoire national, prenant en charge la même pathologie ou groupe de pathologies.
- être l'interlocuteur des autorités administratives et des associations de malades pour œuvrer à l'amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie du malade et de sa famille.
- coordonner des travaux de recherche.

## Réseau des centres de compétence O-Rares

Le réseau O-Rares se compose également de 16 centres de compétence maladies rares (CCMR) répartis sur le territoire, qui ont pour vocation d'assurer une prise en charge et le suivi des patients au plus proche de leur domicile.



### Missions des CCMR

Ils participent au diagnostic des maladies rares, mettent en oeuvre les thérapeutiques et organisent la prise en charge des patients en lien avec le CRMR auquel ils sont rattachés et l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge de proximité. Ils peuvent participer à l'ensemble des autres missions du CRMR.

Il existe aussi des praticiens pouvant prendre en charge certains types d'anomalies orales/dentaires dans d'autres structures hospitalières, qui ne sont pas encore labellisés en tant que CCMR, ou encore des praticiens de ville.

### Maladies orales et dentaires rares

Le CRMR O-Rares prend en charge les maladies rares ayant une expression orale et dentaire.

Ces affections sont le plus souvent diagnostiquées chez l'enfant, mais peuvent aussi être découvertes plus tardivement. La prévalence de ces affections est en général faible, voire inconnue, mais un nombre très important de syndromes sont concernés.

Deux groupes principaux d'affections sont concernés :

- Les anomalies du développement oral et/ou dentaire isolées
- Les anomalies du développement oral et/ou dentaire syndromiques, notamment associées aux syndromes dysmorphiques, aux maladies rares à expression cutanée et/ou muqueuse, ophtalmologique, osseuse, aux déficiences intellectuelles, aux maladies autoimmunes rares...

A ces 2 groupes s'ajoutent des syndromes ou maladies rares dont le phénotype oral et dentaire n'a pas encore été décrit.

Les travaux de recherche clinique et les données les plus récentes de la littérature montrent que les anomalies oro-dentaires dites "isolées" sont en fait bien souvent associées à des manifestations extra orales.

La cavité buccale accomplit des fonctions indispensables à la vie: carrefour aérodigestif, alimentation, immunité mais aussi communication; sa prise en charge est essentielle pour les patients atteints de maladies rares eu égard aux pathologies développementales comme les anomalies dentaires, mais aussi à des maladies acquises (caries, parodontopathies...) qui peuvent se surajouter. Ces dernières sont surtout liées aux difficultés d'accès aux soins et sont susceptibles d'aggraver la déficience initiale.

## Prise en charge thérapeutique

Elle est le plus souvent complexe et va comporter plusieurs étapes, en fonction de la croissance

Le protocole thérapeutique est global et adapté à chaque cas; il comporte les grands axes suivants :

- information et accompagnement de l'enfant et des parents, ou du patient
- bilan bucco-dentaire et maxillo-facial clinique et imagerie dento-maxillo-faciale pour établir un diagnostic
- bilan et conseil génétiques
- plan de traitement élaboré en pluridisciplinaire
- prise en charge de la douleur
- réhabilitation bucco-dentaire, esthétique et fonctionnelle, de la petite enfance à l'âge adulte
- thérapeutique définitive planifiée à un âge optimal, le plus souvent après la fin de croissance
- soins spécifiques si nécessaire (sédation consciente, voire anesthésie générale).

Chez l'enfant, il est crucial d'intervenir le plus précocément possible afin de préserver le capital dentaire, en évitant des complications qui compromettraient la santé dentaire future. Le traitement précoce a aussi pour but de favoriser une bonne intégration scolaire en restaurant l'esthétique. Si nécessaire, une sédation ou une anesthésie générale seront préconisées. Les décisions thérapeutiques impliquent l'enfant et ses parents; elles doivent prendre en compte, non seulement les besoins présents, mais aussi les besoins futurs, ainsi que le développement de l'enfant.

A l'adolescence, il est souvent plus difficile de formuler un plan de traitement à long terme. Les adolescents sont très concernés par leur aspect esthétique, mais, à de rares exceptions près, il est trop tôt pour réaliser des restaurations définitives car des traitements lourds (orthodontiques, chirurgicaux) peuvent encore être nécessaires.

## Education Thérapeutique du Patient ETP

Un programme d'ETP destinés aux patients, enfants et adultes, qui présentent une anomalie dentaire, sera mis en oeuvre courant 2017 dans notre CRMR. Ce programme sera d'abord initié au CRMR O-Rares de Strasbourg, puis pourra être utilisé, en l'adaptant, dans les CCMR. Il a été élaboré avec la contribution d'associations de patients et les patients eux-mêmes. Une fois la formation à l'ETP des membres du CRMR terminée, le projet sera soumis à l'ARS pour autorisation (Arrêté 2015 Cahier des charges des programmes d'ETP).



Thème de l'ETP "Adaptation à un dispositif médical : prothèses implanto-portées chez les patients atteints d'une oligodontie"

Les patients souffrant d'oligodontie se posent de multiples questions au cours de leur prise en charge car de nombreux aspects du traitement sont très "techniques". Le temps thérapeutique ne laisse pas toujours le loisir au praticien de répondre à ces interrogations, par exemple :

- Qu'est ce qu'une oligodontie? Qu'est ce qu'un implant dentaire? Comment les prothèses sont-elles connectées aux implants? Comment évalue-t-on le succès du traitement ?
- L'intervention est-elle douloureuse? Est-elle longue?
- Est ce que je dois rester sans dents après l'intervention et pendant combien de temps?
- Comment vais-je m'alimenter après les interventions?
- La plaque dentaire peut-elle se former sur les surfaces métalliques, les prothèses?
- Comment assurer l'hygiène bucco-dentaire autour de l'implant juste après la pose et par la suite? Et ensuite celle des prothèses?
- Quel type de brosse à dents utiliser? Existe-t-il des brosses à dents spécifiques?
- Comment assurer son hygiène pendant un traitement orthodontique, après une intervention chirurgicale?

#### L'ETP Oligo'Dent

Etape 1 : élaborer un diagnostic éducatif lors d'un échange soignants/soignés permettant de faire le point sur ce que le patient (et/ou ses parents) sait de son affection et de son traitement, comment il l'appréhende au quotidien, quelles sont les difficultés rencontrées et ses attentes.

Etape 2 : définir, en collaboration avec le patient (et/ou ses parents) un programme personnalisé se basant sur les objectifs prioritaires pour adapter au mieux sa prise en charge.

Etape 3 : planifier et mettre en oeuvre les séances éducatives individuelles ou collectives répondant aux besoins spécifiques exprimés par le patient.

Etape 4 : évaluer avec le patient et ses proches les compétences acquises et le déroulement du programme.

Exemples d'ateliers proposés :

A l'issue du bilan médical partagé, différents ateliers, en individuel ou en collectif, peuvent être proposés :

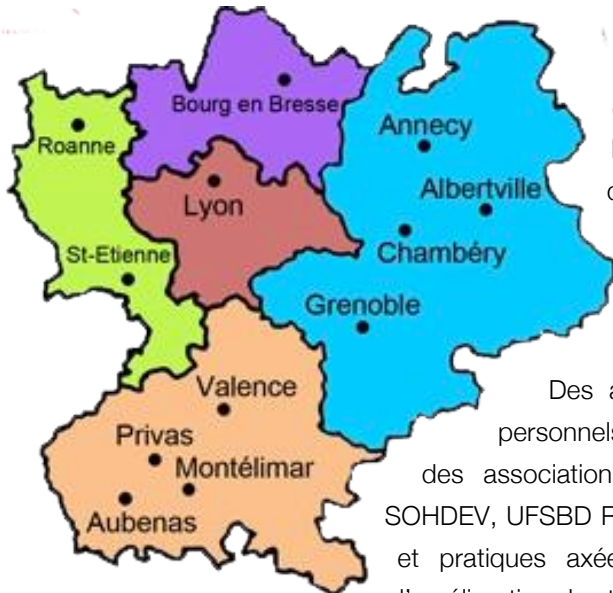
- Aspects diététiques. L'alimentation. (Avec la participation d'une diététicienne des HUS)
- L'oligodontie: démarche diagnostique, aspects génétiques. (Avec la participation de praticiens hospitaliers et d'une conseillère en génétique)
- L'oligodontie: prise en charge thérapeutique, les implants, les prothèses, en fonction de l'âge. (Avec la participation de praticiens hospitaliers)
- Apprendre à adapter son hygiène bucco-dentaire en fonction des traitements et de l'âge (orthodontie, chirurgie implantaire, prothèses sur implants...). (Avec la participation d'odontologues et du personnel soignant)
- Vie quotidienne avec une maladie rare touchant les dents/la cavité buccale. (Avec la participation d'un psychologue)

L'ETP permet aux associations de malades de faire reconnaître leur expertise, mais aussi de repenser et renforcer leur rôle en tant que partenaires aux côtés des soignants.

Une application spécifique pour objets connectés destinée aux adolescents et jeunes adultes présentant des anomalies dentaires et/ou orales rares est en cours de développement.

# Le Réseau SBDH-RA [Santé Bucco-Dentaire & Handicap Rhône-Alpes]

Le Réseau SBDH-RA a déployé un dispositif de prévention et de soins adapté aux personnes en situation de handicap ou de dépendance.



Le partenariat établi avec les établissements médico-sociaux prévoit la mise en œuvre d'un programme global de santé orale comportant la formation des personnels de l'établissement, la mise en place de dépistages à domicile, le développement d'actions d'éducation pour la santé orale, la réalisation des actes de prévention et de soins.

## Actions de prévention

Des actions de prévention sont mises en place au profit des personnels de l'établissement, grâce aux partenariats conclus avec des associations de prévention et de formation spécifiques (HSBD42, SOHDEV, UFSBD Rhône-Alpes...). Il s'agit notamment de formations théoriques et pratiques axées sur le repérage des pathologies bucco-dentaires et l'amélioration des techniques d'hygiène orale.

## Dépistages

Des dépistages sont organisés une fois par an en partenariat avec l'établissement d'accueil. L'équipe mobile intervient au sein de l'établissement. Un bilan de santé orale détaillé permet d'enrichir une fiche de suivi annuel qui expose les soins à programmer.

## Séances d'Education pour la Santé Orale (E.S.O.)

Des Séances d'Education pour la Santé Orale sont proposées depuis 2016, le but est de permettre une familiarisation progressive avec l'environnement du cabinet dentaire, d'améliorer l'hygiène bucco-dentaire et le suivi régulier des consultations.

## Intervention d'une équipe dentaire mobile

Une équipe mobile intervient pour de nombreux usagers, les soins sont réalisés au sein de l'établissement d'accueil dans l'Unité Mobile sur le territoire Centre.

## Soins dans un Centre de Santé Orale (CSO)

Le patient est orienté vers un CSO lorsqu'il nécessite une prise en charge spécifique (soins complexes, sous sédation consciente, sous anesthésie générale, consultation spécialisée). Il existe 2 types de CSO :

- CSO de niveau 1 : prise en charge à l'état vigile
- CSO de niveau 2 : prise en charge sous anesthésie générale

## Les patients pris en charge

Sont concernées par cette prise en charge, les personnes domiciliées en Rhône-Alpes, présentant :

- un handicap mental avec déficience intellectuelle associée à des troubles du comportement ;
- une paralysie cérébrale (IMC) avec troubles neurologiques sévères ;
- un handicap sensoriel associé à des troubles du comportement ;
- un polyhandicap ;
- des troubles neuro-développementaux (dont troubles du spectre autistique) associés à des troubles du comportement ;
- une maladie rare associée à une déficience intellectuelle et des troubles du comportement.

## Les soins réalisés

- soins conservateurs et prophylactiques
- prothèses à titre exceptionnel

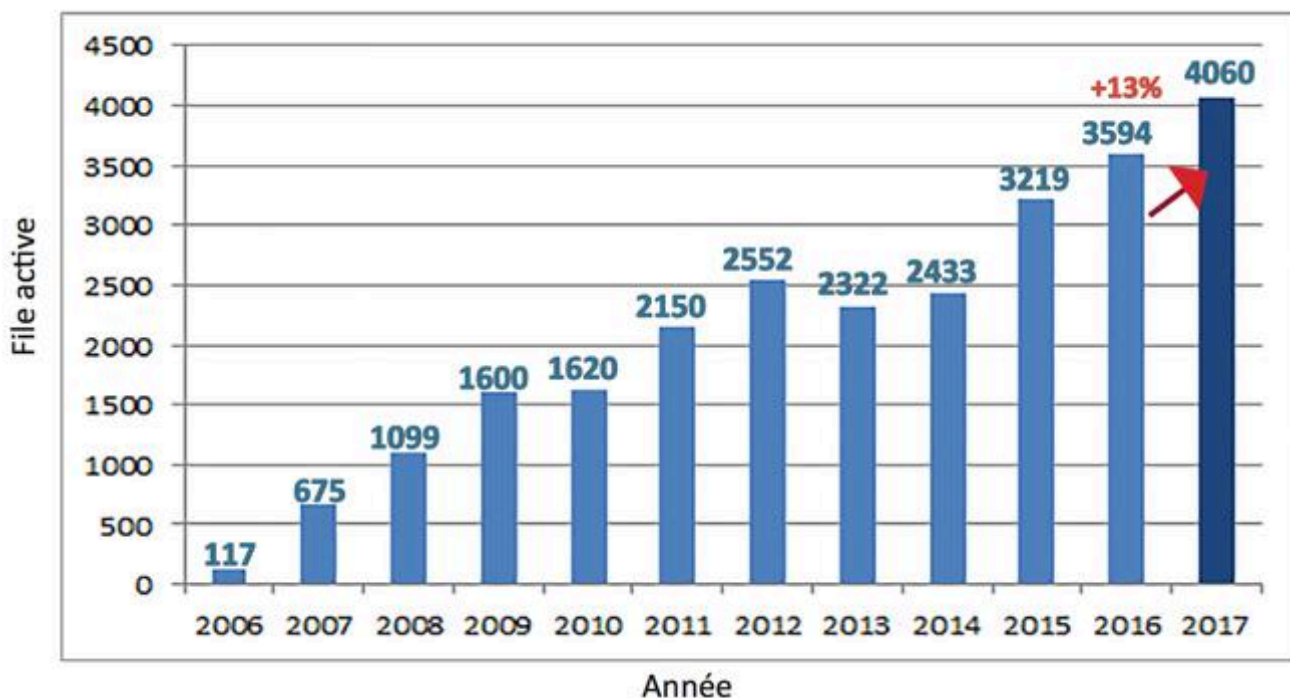
Les implants et l'orthodontie ne sont pas réalisés.

## La file active

La file active en 2017 est de 4 060 personnes, soit +13% par rapport à 2016.

Le nombre de patients actifs adhérents au Réseau au 31 décembre 2017 est de 5 557 (+12% par rapport à 2016). Plus de 8 200 adhérents ont été suivis par le Réseau depuis sa création.

La durée moyenne de prise en charge est de 4,5 ans (évaluée à partir des sorties 2017).



## L'activité générale du Réseau SBDH-RA en chiffres

- 1 733 dépistages en établissements (soit +8% par rapport à 2016)
- 215 séances d'Education pour la Santé Orale (ESO)
- 6199 séances de soins à l'état vigile (soit +14% par rapport à 2016)
- 695 soins sous MEOPA (soit +22% par rapport à 2016) - taux moyen d'utilisation du MEOPA 11,21%
- 2 séances de formation au MEOPA en 2017
- 260 prises en charge en urgence - soit 4% des prises en charge annuelles
- 310 interventions sous anesthésie générale soit 4,8% des prises en charge annuelles

En 2017, le maillage territorial a été conforté par la création d'un nouveau CSO 1 (CHS Bassens - Chambéry) et d'un nouveau CSO 2 (CHU St Etienne). Le développement de l'activité sur l'ensemble des CSO a permis de prendre en charge 593 patients supplémentaires.

### Territoire Centre

- 2 660 adhérents dans le Rhône
- 17 chirurgiens-dentistes libéraux et 5 chirurgiens-dentistes hospitaliers impliqués
- 11 anesthésistes libéraux intervenant au Val d'Ouest 66 établissements médico-sociaux conventionnés
- 5 lieux de soins (CSO1 et CSO2) - CH le Vinaier, CH St Jean De Dieu, CHIG de Neuville Sur Saône, CH de Givors et Clinique du Val d'Ouest 1
- 178 séances de dépistage
- 215 séances d'Education pour la Santé Orale (ESO)
- 3 974 séances de soins

### Territoire Nord

- 287 adhérents dans l'Ain
- 3 chirurgiens-dentistes libéraux et 1 chirurgien-dentiste hospitalier impliqués
- 5 établissements conventionnés
- 2 lieux de soins - Centre Psychothérapique de l'Ain (CSO1) et CH de Tarare (CSO2)
- 116 séances de dépistage
- 214 séances de soins

## **Territoire Sud**

- 671 adhérents dans la Drôme et en Ardèche
- 5 chirurgiens-dentistes libéraux et un chirurgien-dentiste salarié MGEN impliqués
- 9 établissements médico-sociaux conventionnés 2 lieux de soins - CH d'Aubenas (CSO1 et CSO2) et St Thomas en Royans (CSO1)
- 188 séances de dépistages
- 856 séances de soins

## **Territoire Est**

- 1 143 adhérents en Isère et en Savoie
- 5 chirurgiens-dentistes impliqués
- 9 anesthésistes libéraux intervenants à la clinique des Cèdres
- 7 établissements médico-sociaux conventionnés
- 4 lieux de soins - CH Alpes Isère de St Egrève et CHS Bassens (CSO1), Clinique des Cèdres (CSO2) et partenariat avec le CH d'Annecy Genevois dans le cadre du dispositif Handiconsult
- 74146 séances de dépistage
- 673 séances de soins

## **Territoire Ouest**

- 511 adhérents dans la Loire
- 14 chirurgiens-dentistes impliqués
- 3 lieux de soins - CHU St Etienne et 2 cabinets libéraux
- 4 établissements médico-sociaux conventionnés 105 séances de dépistages
- 442 séances de soins

# Solident

L'action de Solident est principalement axée autour des 3 permanences de soins dentaires uniquement réservées à des personnes ne possédant aucune couverture sociale. Celles-ci ne se présentent pas spontanément, elles sont au préalable orientées grâce à des structures partenaires et des prescripteurs.

Ces permanences fonctionnent grâce au concours de chirurgiens-dentistes bénévoles épaulés par 2 salariés : l'assistante dentaire et le médiateur sanitaire.

Entre 20 et 30 personnes sont ainsi soignées chaque semaine. La majorité de ces patients ont d'abord été admis en soins sur des critères d'urgence et voient ensuite leur parcours de soins dentaires se poursuivre jusqu'à l'ouverture de leurs droits à une couverture santé.



## Le matériel de soins

- Une unité de soins ;
- Un capteur permettant de réaliser des clichés radiographiques argentiques ;
- Une chaîne de désinfection et de stérilisation ;
- Des instruments rotatifs et fraises.

## L'organisation générale

Les patients ne se présentent pas spontanément dans les locaux de l'association. Pour obtenir un rendez-vous, il faut être orienté par un prescripteur.

Sept créneaux de soins classiques sont ainsi attribués par matinée mais, c'est généralement 8 ou 9 personnes qui sont reçues à cause d'urgences.

Un chirurgien-dentiste bénévole se porte volontaire pour chaque permanence.

Afin de faciliter la création d'un lien de confiance, les personnes sont accompagnées lors de leur premier rendez-vous. A cette occasion, un entretien est mené avec le médiateur sanitaire pour :

- expliquer le fonctionnement de l'association,
- effectuer un bref entretien médico-social ,
- rassurer sur les soins dentaires,
- répondre aux questions des personnes rencontrées,
- ouvrir la porte à un éventuel suivi des personnes selon leurs situations et leurs envies.

Une brosse à dent et du dentifrice sont distribués à chaque nouveau patient.

A la fin de la consultation, soit un nouveau rendez-vous est donné à la personne, soit elle se voit orienter vers un praticien libéral ou une autre structure de soins.

## La découverte des soins dentaires

La première modification concerne le contenu des entretiens lors de la première visite. En effet, l'équipe était loin d'imaginer que plus de la moitié des 364 patients rencontrés n'avaient jamais vu un chirurgien-dentiste. Si certains des autres patients ont consulté en France ou dans des pays à la pratique similaire (Maghreb, Balkans par exemple), c'est près des deux tiers des patients qui découvrent les soins dentaires.

Alors que les entretiens étaient très axés sur le volet médico-social, il a fallu s'adapter et les transformer principalement en une explication et une vulgarisation du métier de chirurgien-dentiste et des soins dentaires afin de faire tomber les représentations négatives autour de ce cabinet dont s'échappent des bruits inquiétants. Dans le même temps, les praticiens et l'assistante dentaire ont accentué leur rôle pédagogique d'explication des soins. Des conseils de prévention non moralisateurs et adaptés sont également donnés par les professionnels de santé aux patients.

## La place des soins dentaires dans le parcours de vie

Confrontés à une situation de grande précarité, à des contraintes administratives omniprésentes et très souvent à une absence d'hébergement, c'est majoritairement la douleur aiguë qui amène les personnes vers les soins dentaires. Il est évident que la place des soins dentaires n'est pas prioritaire parmi toutes les contraintes qui pèsent sur une personne en situation de précarité.

La corrélation entre état de santé bucco-dentaire et situation de précarité se constatant bien souvent, il est extrêmement rare que des personnes consultent pour un seul souci dentaire ; les problèmes sont souvent multiples.

La principale complexité est de convaincre de la nécessité de la poursuite de soins et d'essayer de détacher les personnes du seul signal de la douleur comme garde-fou.

L'adaptation de l'organisation de Solident aux situations rencontrées par les patients a permis de limiter l'absentéisme à 15% sur l'année 2017.

## Typologie des patients

Les permanences de soins sont exclusivement réservés à des personnes

- en rupture de couverture sociale,
- en attente d'ouverture ou de renouvellement de leurs droits,
- ne possédant qu'une couverture incomplète et des ressources insuffisantes pour pouvoir régler le reste à charge.

### Une très forte proportion d'hommes

Les patients sont à près de 80% des hommes. Si ce chiffre très important peut s'expliquer par le fait que la majorité des migrants ou des SDF sont des hommes. D'autres explications de cette proportion sont à trouver dans le fait que de très nombreux patients sont des mineurs non accompagnés (MNA) et que la proportion d'hommes au sein de cette catégorie s'élève sensiblement.

Concernant les demandeurs d'asile, l'action de Solident se concentre sur le début de la procédure, le temps d'ouverture du dossier CMUC pour le primo arrivant, mais également sur les personnes bénéficiant d'un accompagnement social moins important, des personnes pour lesquelles l'obtention d'une couverture maladie est bien plus longue. Ces derniers sont principalement des hommes isolés, considérés comme non prioritaires par l'OFII pour l'obtention d'une place dans le Dispositif National d'Accueil.

### **Les mineurs non accompagnés [MNA]**

Au cours de l'année 2017 la proportion de mineurs a explosé. Cumulant des parcours migratoires particulièrement difficiles et une durée sans couverture sociale très longue, les MNA ont un besoin extrêmement important de soins dentaires. Si théoriquement ces mineurs doivent voir leurs droits à une couverture rapidement ouverts, le temps de détermination de leur âge ainsi que d'autres blocages administratifs rendent leur prise en charge très longue. Constituant un tiers des patients reçus à Solident, ils occupent dans les faits plus de la moitié des créneaux de soins alloués en 2017. De plus, c'est au sein de cette catégorie que le suivi est le plus délicat avec beaucoup de rendez-vous non honorés.

### **Durée de la prise en charge**

Près d'un tiers des patients reçus aux permanences de soins ont déjà leurs droits en cours d'ouverture en se présentant la première fois à Solident. La majorité d'entre eux sont des demandeurs d'asile en début de procédure et sont en attente de la délivrance de leur attestation de Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUC). Cette ouverture de droit fait partie des missions de la Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile (PADA). A côté de cela certains de nos partenaires (Point d'Eau, Médecins du Monde, la PASS, etc...) nous orientent également des personnes pour lesquelles ils se sont directement chargés d'ouvrir les droits. La durée de prise en charge de ces patients est relativement courte, après 2 ou 3 consultations les personnes voient leurs droits s'ouvrir et sont orientés vers le droit commun pour une éventuelle suite de soins.

En revanche la prise en charge peut être beaucoup plus longue pour des personnes se présentant sans aucune couverture sociale ou avec des blocages administratifs (couverture dans un autre pays européen par exemple). La désocialisation importante de certains patients, l'habitude du non recours aux soins ou les temps de carence afin de recouvrer ses droits sont autant de freins empêchant une entrée rapide vers le droit commun. Ainsi certains patients, tout comme les MNA, peuvent être vus jusqu'à 6 ou 7 fois dans les permanences.

Il est important de préciser qu'à l'opposé environ un quart des patients ne consultent pas. C'est par exemple le cas des personnes se présentant à Solident avec des droits s'étant ouverts entre la date de la prise de rendez-vous et la journée de soin.

D'un autre côté l'action est encore largement perfectible sur les patients les plus désocialisés reçus une fois pour effectuer des soins d'urgence et qui n'entendent pas la nécessité de revenir se faire soigner une fois le signal insupportable de douleur disparu.



## Les différentes actions de Solident

- L'accompagnement des personnes rencontrées dans les permanences vers le recouvrement de leurs droits et leur parcours de soins.
- L'orientation de ces mêmes personnes dans leurs démarches administratives et sociales.
- La préparation des futures matinées de soins. (Stérilisation du matériel de soin, rangement, commande du consommable nécessaire aux soins pratiqués, gestion du planning, etc...)
- Le lien avec les prescripteurs.
- La réflexion autour de la thématique de l'accès aux soins dentaires des personnes en situation de précarité.
- La préparation d'actions de prévention.
- Le suivi statistique de l'association et la recherche de partenaires financiers.

# Les réseaux

Raison Sociale	Département Région	Domaine d'action	Adresse
Handident PACA	PACA 04 06 13	Handicap	Hôpital de Ste Marguerite   Pavillon 9   270 boulevard Sainte Marguerite   13009 Marseille
Domident 09	09	Dépendance	7 bis avenue de Lérída   09000 FOIX
Handident Midi Pyrénées	Midi-Pyrénées 09 31 32 82	Handicap	CRO des chirurgiens-dentistes de Midi-Pyrénées 9 avenue Jean Gonord   Parc d'activités de la Plaine   31500 TOULOUSE
RSVA	14 50	Dépendance	2 rue Jean Perrin   14460 COLOMBELLES
Ehpadent Limousin	Limousin 19 23 87	Dépendance	31 rue Hoche   87000 LIMOGES
Association Corse Malte	2B		
Réseau SDS Bretagne	Bretagne	Dépendance Handicap	MPR PÔLE ST HELIER   54 RUE ST HELIER   CS 74330   35043 RENNES CEDEX
Cabinet humanitaire de Franche Comté	25	Précarité	10 avenue Fontaine Argent   25000 BESANCON
Handident Franche Comté	Franche-Comté 25 90	Handicap	HNFC – service ORL 2, rue du Docteur Flamand   25209 MONTBELIARD CEDEX
Dromardiab	26		53 avenue Victor Hugo   26000 VALENCE
RSVA	27	Dépendance Handicap	2 rue J . Perrin   14460 COLOMBELLES
Association dent'aide	28	Dépendance handicap	3 rue Charles Victor Garola   28000 CHARTRES
Domident 31	31	Dépendance Handicap	9 avenue Jean Gonord   Parc d'activités de la Plaine   31500 TOULOUSE
UFR   Service hospitalier Gui de Chauliac	34	Dépendance Handicap	80, avenue Augustin Fliche   34295 MONTPELLIER CEDEX 5
CDS dentaires Pasteur	35	Dépendance Handicap	2 Place Pasteur   35000 RENNES
CH Janzé Centre bucco-dentaire	35	Dépendance Handicap	4, rue Armand Jouault   CS80030   35150 JANZE
Albatros	36	Handicap	CH Chateauroux   Service ORL & chirurgie dentaire   216 avenue de Verdun   36000 CHATEAUROUX
Handiconsult	39	Handicap	Centre Hospitalier Jura Sud   55 rue du Dr Jean Michel   39016 LONS LE SAULNIER CEDEX
ULMF   Unité Mobile	40		
PBDS	42	prévention bucco dentaire sénior	
Domident 46	46	Dépendance Handicap	Maison dentaire du Lot   81 Rue Étienne Brives   46000 CAHORS
Acsodent Pays de la Loire	49	Handicap	Bâtiment UC-IRSA   2 rue Marcel Pajotin   49000 ANGERS
Handi-Acces	Lorraine 54 55 57 88	Recherche d'un PS du réseau	45-49 rue de Saurupt   54000 NANCY

Handident Hauts de France	Hauts de France 59 60 62	Dépistage Prévention Formation Offre de soins	10 rue du Petit Boulevard   BP 20127   59653 VIL- LENEUVE D'ASCQ CEDEX
Soins dentaires à domicile	63	Dépendance	5 rue de Ceyrat   Maison dentaire   63000 CLER- MONT FERRAND
Handident Alsace	Grand Est	Handicap	1-5 Rue Colomé   BP 92   67502 HAGUENAU
R4P	69	Réadaptation Rééducation pédiatrique	
RSBDH-RA	Rhône-Alpes 01 38 42 69	Handicap	Centre Hospitalier Le Vinatier   Bâtiment 505   95 boulevard Pinel   69678 BRON CEDEX
Denticap	73 74	Handicap	29 bis avenue de la Mavéria   74000 ANNECY
Handiconsult	74	Handicap	1 avenue de l'hôpital   74370 EPARGNY METZ TESSY Chemin du Loup   BP 14110   74164 ST JULIEN EN GENEVOIS CEDEX
Ideah	74	Précarité	19 rue René Cassin   74240 GAILLARD
Rhapsod'if	75 77 78 91 92 93 9 4 95	Dépendance Handicap Précarité	12 rue Pierre Semard   94700 MAISONS ALFORT
Réseau gérontologique rive gauche RG2	76	Dépendance	121 rue des Martyrs de la Résistance   76100 ROUEN
RESSY	78	Pathologies lourdes	3 avenue du Manet   78180 MONTIGNY LE BRE- TONNEUX
Domident Midi-Pyrénées	82	Dépendance	350 boulevard Hubert Gouze   82000 MONTAUBAN
Promosoins	83	Précarité	Impasse Mirabeau   83200 TOULON
AOSIS	86	Dépendance Handicap Précarité	18 boulevard du Grand Cerf   86000 POITERS
CHBDV	86	Prévention dé- pendance	18 boulevard du Grand Cerf   86000 POITERS
Appolline	91		Hôpital Les Magnolias   77 rue du Perray   91160 BALLAINVILLIERS
ASDES	92	Pathologies chro- niques (ALD)	403 avenue de la République   92014 NANTERRE CEDEX
GIPS	92	Prévention	77 avenue de la République   92120 MONTRouGE
SOSS	Toute la France	Dépendance Handicap	10 rue du petit boulevard   BP 20127   59653 VILLE- NEUVE D ASCQ
DHP dentaire Nouvelle Aquitaine	16   17   19   23   24   33   40   47   64   79   86   87	Dépendance Handicap Précarité	134 boulevard du Président Wilson   33000 Bor- deaux
O.Rares	13   16   21   25   33   34   35   44   51   54   67   69   75   94		CRMR Coordonnateur Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - Hôpital Civil   Pôle de Médecine et de Chirurgie bucco-dentaires   1 Place de l'Hôpital   B.P. 426   67091 Strasbourg Cedex

# Notes

# Propositions, axes de travail

## Amélioration et augmentation

- de la formation initiale
- de la formation continue

## Réforme des DES

- En particulier celui de médecine bucco-dentaire

## Développement de techniques spécifiques

- Formation des praticiens aux soins buccodentaires spécifiques (MEOPA, hypnose, AGSI, ...)
- Formation des praticiens à la télémédecine : pré-diagnostic à distance, téléexpertise avec des centres experts

## Maillage des centres ressources

- Chaque territoire de santé devrait disposer d'un centre ressources (service hospitalier, réseau, structure dédiée, ...)
- Création d'antennes odontologiques hospitalières
- Création de PASS odontologiques

## Développement d'unités mobiles de soins

- Bus, cabinet démontable (fauteuil pliant, cassettes de matériel, ...)

## Création de postes de praticiens hospitaliers

- Ouverture des services d'odontologie hospitaliers aux praticiens libéraux
- Création de postes de praticiens hospitaliers
- Mise à disposition de plateaux techniques adaptés pour les praticiens libéraux

## Partenariats financiers

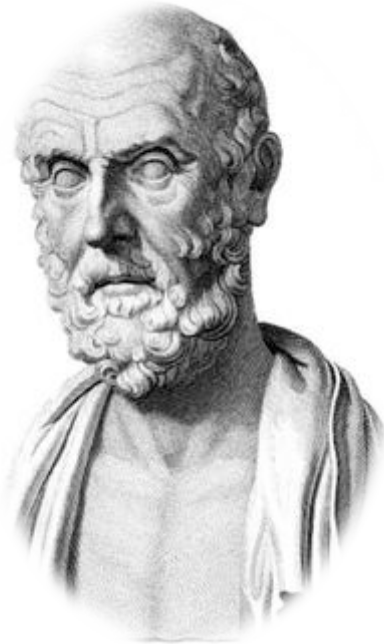
- ARS : sollicitation d'aides financières pour la prévention et les soins
- URPS : formation des praticiens
- Prise en charge des transports vers les cabinets libéraux ou les structures dédiées
- Financement de la télémédecine bucco-dentaire

## Autres actions

- Actualisation annuelle du recensement des actions
- Elaboration de protocoles pour aider les conseils régionaux de l'Ordre
- Allègement du dispositif administratif dans le cas de la prise en charge pour libérer du temps médical

# Serment d'Hippocrate

*Au moment d'être admis(e) à exercer, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Chirurgie Dentaire.*



*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Je ferai tout pour soulager les souffrances.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.*

*Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.*

# Bibliographie

La santé orale : un prérequis à la prévention de la dénutrition en EHPAD [Docteur Joseph John BARANES, Secrétaire Général du Collectif de Lutte contre la Dénutrition en France]

Guide pratique du vieillissement | Elsevier Masson | page 81

La spirale de la dénutrition, M .Ferry et al [1993]

Rapport RSBDH-RA [2017]

Rapport Solident [2017]

Prise en charge odontologique du patient vulnérable [DHP], « Les voies de la réussite , AOSIS [2018]

O.Rares : <https://www.o-rares.com/presentation-du-cmr#>

UFSBD : <https://www.ufsbd.fr/>

VIGILANCE  
THÉRAPEUTIQUE

DÉPENDANCE HANDICAP PRÉCARITÉ

PÔLE PATIENTS

## FORUM D'ACCÈS AUX SOINS

Permettre les échanges entre toutes les personnes et les associations impliquées dans l'offre de soins aux personnes en situation de handicap, aux populations précaires et vulnérables, aux personnes âgées et dépendantes résidant en EHPAD.



<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/forumaccesauxsoins/>



Edition novembre 2018  
ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES  
22, rue Émile Ménier | BP 2016 | 75761 Paris Cedex 16 | Tél : 01 44 34 78 80  
courrier@oncd.org | [www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr)