

Année 2009  
Numéro 4  
Décembre

# Lettre en Santé Publique Bucco- Dentaire



Bulletin de la Société Française des Acteurs de Santé Publique Bucco-Dentaire  
[www.aspbd.fr](http://www.aspbd.fr)

## Editorial

L'accès aux soins, autant préventifs que curatifs, constitue un des champs de la santé publique. Un accès qui doit être à la portée de toute la population, y compris les groupes présentant des spécificités. Cela doit être un objectif majeur.

L'ASPBD s'est toujours attachée au travers de ses membres comme dans son travail collectif à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap.

C'est pourquoi en prolongement de ses actions et de ses projets l'ASPBD a porté ce sujet sur le devant de la scène. Elle a souhaité exposer publiquement au plus grand nombre et aux pouvoirs publics toutes les dimensions de cette question.

Ce fût le sens de la 9<sup>ème</sup> journée de santé publique dentaire, qui s'est tenue le 05 novembre 2009 à Créteil sur le thème : « les situations de handicap en santé bucco-dentaire ». Cette journée fut un succès par le nombre de participants mais aussi par sa qualité grâce aux présidents scientifiques et aux intervenants.

Ce numéro de la lettre en santé publique bucco-dentaire se veut le prolongement et le complément de cette journée. Il est entièrement dédié à ce thème.

Cela reste un essai qu'il faut maintenant transformer. Cette 9<sup>ème</sup> journée a montré la nécessité d'une rencontre de tous les acteurs et parties concernées. Il est indispensable qu'ils unissent leurs forces et leurs compétences et se regroupent pour œuvrer ensemble à l'amélioration des conditions de réalisation d'une bonne santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap ; Un outil pour apporter aux pouvoirs publics les connaissances et les arguments propres à faire avancer cette démarche de santé publique.

Philippe HUGUES

### Dans ce numéro

EDITORIAL	1
« Les raisons d'être du patient expert dans l'odontologie »	2
Le Réseau Handident Alsace: pour une globalisation de la prise en charge de la santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap	4
Le Réseau de Soins Dentaires Spécifiques en Bretagne	7
HANDIDENT :	11
Regards croisés sur l'accès à la santé bucco-dentaire pour les personnes en situation de handicap dans la région Nord-Pas de Calais	
Etude portant sur l'application pratique des titres II IV et V de la loi du 11 février 2005 dans le domaine de la santé buccodentaire	13
Etat des lieux de notre Formation initiale et continue en matière de soins spécifiques	17
RUBRIQUE Archéodent	24
Orthodontie et analyse architecturale crânio-faciale : Les morphotypes africains	
PORTRAIT	28
LECTURES	31
AGENDA	33

## « Les raisons d'être du patient expert dans l'odontologie »

Olivia Gross Niclas

Présidente de l'Association Française des Dysplasies Ectodermiques

Dans un souci de clarification des concepts et afin de valider un logo commun, nous proposons de commencer par définir ce que nous entendons par « patient expert ». Puis, nous dresserons les situations où ce type de patient interagit d'ores et déjà avec les professionnels du milieu dentaire.

Une des caractéristiques de l'expert, et en cela il diffère du savant, est sa volonté d'agir sur le cours des choses.

Nous désirons rappeler en guise de préambule que le seul vrai expert en matière d'expert est le mandant puisqu'il est celui qui sélectionne et *in fine* nomme tel ou tel : expert. Le mandant qui sollicite un avis d'expert cherche à clarifier des données ou s'entoure de son avis dans un souci de démagogie, voire de déresponsabilisation. Toutefois, notre société étant celle du savoir, la conscience de posséder un savoir entraîne *ipso facto* celle des limites de ce dernier et très vite l'expertise ne se conçoit plus sans contre-expertise. De plus, les méfiances aiguës par des collusions pas très déontologiques et autres scandales génèrent un besoin d'expertises plurielles.

Ceci posé, il s'avère que les patients sont partie prenante du processus et qu'ils sont de plus en plus appelés à participer aux prises de décision qui les concernent.

Quand le patient remet sa bouche dans les mains de son dentiste en toute confiance, il agit dans une vision Hobbienne de la société où les uns savent le bien des autres.

Cette délégation du savoir est de plus en plus rare et d'ailleurs, les dentistes, plus qu'aucun autres spécialistes médicaux font appel au discernement du patient lorsqu'ils explicitent le plan de traitement individuel adapté à la demande et le devis financier qui en découle.

Rappelons que le savoir, même profane, n'est pas le savoir de la vacuité et que le patient s'adosse à des ressources multiples et variées, voire, pour certains, techniques.

Jusque dans les années 2000, lorsque les discours se voulaient patients-centrés, ils parlaient surtout de leurs croyances ou de leurs représentations, autrement dit de leur ignorance, mais depuis quelques années, la tendance est à valider leur capacité à comprendre les enjeux auxquels ils sont confrontés.

Preuve en est de l'essor de l'éducation thérapeutique qui a pour objectif de développer la compétence et l'autonomie des patients dans la sphère des décisions qui les concernent. Ceci contribue à créer des patients éduqués, matures, à forte appétence pour le savoir et ayant accès à la compréhension de la logique des enjeux de santé.

Sur le plan dentaire, la frustration des professionnels liée aux plans de traitements irréalisables à cause des coûts qui leur sont associés est aussi certainement responsable de l'auto détermination majeure des patients qui, dans certains cas, ont eu à se saisir de leur dossier.

Les chirurgiens dentistes qui sont tant liés avec les ressources financières de leurs patients ont une relation particulière avec eux puisque les considérations coût/ traitement restent indissociables. En matière de santé ce mélange des genres est fort heureusement une exception car on imagine les excès auxquels cela pourrait conduire. Et ne nous voilons pas la face, cet état de fait altère la relation médecin malade, relation historiquement basée sur la confiance.

Les sociétés savantes temporisent, la sécurité sociale limite, les dentistes demeurent sans grande latitude d'action. Le patient doit donc s'emparer de ces questions afin d'être en mesure de répondre à la question fondamentale: « A qui puis-je donc, en raison, faire confiance ? ».

Pour y parvenir, le patient, se saisit de certaines questions et mène enquête. Et pour peu que l'on sorte des sentiers battus, que les besoins soient spécifiques, maladies rares, handicap, il devient encore plus hasardeux d'obtenir sans être proactif les réponses adaptées.

Notons aussi que le « patient dentaire » n'est pas qu'expert en expérience. Il est même expert en ce qu'il n'a pas encore expérimenté puisqu'il sait précisément ce à quoi il aspire.

Il a une idée des dents qu'il lui faut. Il sait ce qu'il est prêt à payer pour cela et combien il sera remboursé. Il sait les concessions qu'il est prêt à faire sur les plans pragmatico-économiques.

Ses propos sont clairement pris en compte par les praticiens qui savent, pour la grande majorité d'entre eux, prêter une oreille attentive aux attentes de leurs patients. Les chirurgiens-dentistes savent que le traitement sera suivi d'effet s'il correspond aux attentes du patient. Sans doute parce que le patient dentaire ne peut se faire passer pour observant s'il ne l'est pas, le chirurgien dentiste plus que les autres acteurs du monde médical sait faire avec les demandes du patient qui s'impose donc comme le véritable prescripteur.

Cette notion explique peut être en partie pourquoi le monde dentaire plus qu'un autre a su faire une place, voire dans certains cas a contribué à fabriquer des mutants : des « patients experts ».

Un praticien hospitalier nous confiait récemment abandonner volontairement certains patients au milieu de leur traitement dans le but caché de les voir réagir et interpeller les autorités devant l'injustice de leur situation. A leur insu, les patients sont donc mandés d'agir et certains font alors preuve des qualités rhétoriques et assertives nécessaires.

Les patients ainsi sommés d'agir méritent d'être appelés « patients-experts ». S'ils ne s'ancrent pas sur une déontologie professionnelle, ils respectent toutefois des règles implicites : leur éthique est notamment une éthique pragmatique qui s'ancre sur le fait que si une action est efficace elle est donc juste.

Notre propos général est de dire que l'expertise du patient fait son lit des manquements des professionnels. Ce n'est pas par hasard si les patients sidéens ont tant pris leur maladie à bras le corps. Ce n'est pas par hasard si depuis que la médecine arrive à les traiter, on les entend moins<sup>1</sup>.

L'expertise est confrontation d'un vécu ou de connaissances avec un logos qui cherche à les ordonner en normes et il ne s'agit pas de posséder l'expertise de soi, qui étant idiosyncrasique n'est pas universelle, mais celle

d'un domaine en général. Le fait que la finalité de l'expertise soit l'ordonnance de normes fait du patient détenteur d'expertise un véritable acteur dont le rôle englobe et dépasse ses propres intérêts.

C'est ainsi qu'il devient un allié du milieu médical.

Dans le domaine dentaire en particulier, notons l'essor de patients formateurs auprès des étudiants en chirurgie dentaire<sup>2</sup> et l'action militante de patients pour obtenir lois et prises en charges<sup>3</sup>.

Notons également leur présence en nombres au sein des conseils d'administrations qui gèrent les réseaux de santé dentaire.

Ainsi, le monde dentaire sait ponctuellement utiliser l'action de patients-experts.

Au vu de ce que nous venons de voir, nous pouvons nous demander si les acteurs traditionnels sauront leur laisser une place pérenne, y compris quand ces besoins précis seront assouvis.

<sup>1</sup> Sur ce sujet lire Pierre Lascoumes, « L'utilisateur, acteur ou vecteur de changement dans la politique de santé ? », 2003.

<sup>2</sup> Voir les recherches de Luigi Flora (Paris 8) et d'Emmanuelle Renard (Paris 13)

<sup>3</sup> Texte dérogatoire relatif à la prise en charge des implants dentaires pédiatriques dans le cadre des agénésies multiples

## **Le Réseau Handident Alsace: pour une globalisation de la prise en charge de la santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap**

Sylvie ALBECKER-GRAPPE

Chirurgien dentiste, Présidente du Réseau Handident Alsace

A l'origine de la création du Réseau Handident Alsace, se trouve l'expérience du Centre de Santé Dentaire de la Fondation Protestante SONNENHOF, sise à Bischwiller (67). La Fondation, créée en 1865, accueille plus de 700 personnes en situation de handicap âgées de 2 ans à 85 ans, sur cinq sites. Il y a 13 ans, le Centre de Santé Dentaire a été conçu pour accueillir uniquement des patients en situation de handicap et des personnes âgées dépendantes. Il suit à ce jour, régulièrement, 770 patients, de la Fondation et des personnes handicapées extérieures. Un chirurgien-dentiste et une assistante y travaillent.

Dans un premier temps, l'action du centre de santé a consisté à mettre les bouches des patients en ordre, de responsabiliser les familles et les structures accueillantes, par l'adhésion à l'option proposée par la CPAM aux centres de santé<sup>1</sup> qui demande un engagement à se rendre une fois par an au cabinet dentaire. Des protocoles ont été mis en place. Les RV sont gérés par le centre de santé dentaire grâce à un programme Access. Les patients sont donc vus très régulièrement, les RV sont organisés avec les différentes structures. Au fauteuil, les dossiers sont gouvernés par le logiciel Julie, avec note de toutes les intolérances et télétransmissions des actes en tiers-payant. Une feuille de suivi, précise, est remise aux équipes après chaque séance, les actes, l'indice de plaque, le prochain RV et les remarques sont consignés. Un mot est remis aux parents d'enfants mineurs.

Le centre met en avant une approche raisonnée des patients en situation de handicap : contrôles réguliers, pas d'attente en salle d'attente, rapidité des actes effectués. Cela permet une bonne connaissance des patients. La répétition facilite parfois les choses. De plus, chez les patients autistes déficitaires, un pictogramme est présenté en section. Ainsi le RV dentaire s'intègre dans la journée et le rituel. Cela a permis, au fil du temps, une amélioration des rapports patients autiste-praticien.

Le centre de santé dentaire est aménagé autour du handicap : ascenseur pour fauteuil, unit dentaire adaptée qui intègre facilement un fauteuil roulant. Cela permet de passer de la différence à la singularité.

Dans les cas « difficiles » nous utilisons, avec des fortunes diverses, des prémédications de double intention prescrites par les médecins des personnes en situation de handicap. Une évaluation des brossages a été mise en place depuis 2006. Avec pour but que soit maintenue une hygiène bucco-dentaire correcte dans le long terme. Avec une prévention primaire dont l'axe le plus important est l'information. Elle appartient: au patient quand cela est possible et, le plus souvent à l'équipe qui entoure la personne porteuse de handicap. Avec la prévention secondaire qui est l'estimation du praticien et qui est transmise aux équipes. Nous utilisons de l'indice de Pass (Proposé par Buttler et coll. En 1996) simplifié, qui est une technique d'évaluation globale et rapide et va de 1 (très bon) à 5 (très mauvais) collecté sur 750 patients.

Les points de force de l'action ont consisté en une prise de conscience de la majorité des personnels concernés par le suivi des personnes porteuses de handicaps. Avec des questions, des propositions pour améliorer la situation et cela suivi de résultats, dans un certain nombre de cas. Les relevés ont été groupés par unités d'origine et nous avons pu constater que l'amélioration la plus spectaculaire a eu lieu dans les FAS et les MAS. Ceci s'explique, en partie, par le ratio moniteurs-personne en situation de handicap. Les limites de cette action tiennent au manque de coopération d'un certain nombre de personnes porteuses de handicaps (phobies, troubles du comportement) et parfois au manque de personnel encadrant pour pouvoir assumer 3 brossages quotidiens corrects. Il faut prendre en compte le fait que les personnels changent, qu'il faut les former sans cesse et que la transmission dans les équipes se fait difficilement. Le suivi bucco-dentaire est une action de longue haleine.

Mais tout cela ne suffit pas et pour assurer une pérennité des soins pour nos

patients les plus difficiles et généraliser l'action réalisée au centre de santé dentaire de la fondation du Sonnenhof à d'autres établissements, la création du Réseau Handident Alsace a débuté en 2004.

Nous avons d'abord pu montrer, à l'ARH et à l'URCAM, que la situation bucco-dentaire des personnes en situation de handicap d'Alsace relevait de l'urgence sanitaire. Ainsi la demande d'amélioration de la prise en charge des soins dentaires pour les personnes handicapées, avec la création d'un Réseau « HANDIDENT », a été plébiscitée par les Institutions. Une pétition a été envoyée aux établissements d'Alsace prenant en charge ces personnes. Dans Haut-Rhin, 10 associations accueillant 2 141 personnes handicapées l'ont signée, dans le Bas-Rhin, 16 associations accueillant 5 056 personnes handicapées ont fait de même. De plus, dans le Bas-Rhin, la possibilité de pouvoir réaliser des soins conservateurs sous anesthésie générale, pour les personnes handicapées de plus de 15 ans au CHU de Strasbourg a disparu. Enfin, une enquête est menée auprès des 1503 chirurgiens-dentistes d'Alsace, avec l'aide du Conseil Régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes d'Alsace, elle reçoit des réponses peu nombreuses. 148 questionnaires sont retournés cela correspond à 9% de retours. Parmi ces 148 praticiens, 82% suivent des personnes handicapées. 67% suivent 1 à 5 patients handicapés, 10%, 6 à 10, 3%, 11 à 20, 2% plus de 20. Cela signifie une pratique « à la marge », sans formation ni accompagnement.

Ainsi nous avons pu commencer à mettre en place un Réseau, issu de la volonté d'un établissement médico-social (la Fondation Protestante Sonnenhof), qui constitue à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et (ou) de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté. La Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 affirme que « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne » et qu' « aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins ». Le Réseau s'adresse uniquement aux personnes qui perçoivent l'allocation personne handicapée, il relève du territoire 1 en priorité (Alsace du Nord). Il a été financé par Clinique Saint

François de Haguenau (67 500) pour le centre Handident à hauteur de 800 000 Euros, par l'ARH, au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) de 105 000 Euros et par l'URCAM, pour un financement sur 3 ans des prestations dérogatoires de 460 000 Euros.

Il a commencé à fonctionner en mars 2009, à la clinique Saint François de Haguenau (67 500) avec 2 pleins temps : une coordinatrice chirurgien-dentiste, le Docteur Brigitte MENGUS, une secrétaire médicale et une assistante dentaire à 80 %. Les lieux sont dédiés à Handident Alsace sur 250 m<sup>2</sup>. Ils comprennent un accueil, une salle d'attente, 2 cabinets dentaires adaptés, 4 lits de réveil, une salle d'attente et un bureau pour les consultations anesthésistes, deux bureaux. Participent du Réseau, l'Ordre des chirurgiens dentiste, 35 praticiens constituent les cabinets ressources à ce jour, la clinique Saint François et le CHR de Haguenau, 8 établissements médico-sociaux. Un partenariat est constitué avec la Faculté de chirurgie-dentaire de Strasbourg.

Le Réseau propose différents axes d'intervention autour du dépistage, des formations et de l'offre de la continuité des soins :

- Le dépistage systématique, dans les institutions, des problèmes bucco-dentaires des personnes porteuses de handicaps.
- La formation des personnels accompagnant ces personnes au brossage et au repérage de certaines manifestations pathologiques.
- La formation des praticiens libéraux à l'accueil de ces personnes, grâce à la coopération de la Faculté de chirurgie-dentaire de Strasbourg, en la personne du Pr. Manière qui a axé une partie de son activité sur le handicap et les maladies rares. Pour les actes en cabinet de ville, une prestation dérogatoire est instaurée. Mais nous tenons à signaler qu'aucun des praticiens participant du Réseau ne s'est inquiété de ses émoluments. Ceux qui interviennent le font par conviction et cela participe d'une bonne ambiance de travail.
- La possibilité de recourir à la sédation profonde par intraveineuse, en

ambulatoire, au Centre Handident, sans dépassement d'honoraires, quand les actes sont trop difficiles à réaliser en cabinet. Des praticiens libéraux interviennent dans ce cadre. Ce recours permet d'éviter dans la majorité des cas l'anesthésie générale encore trop souvent préconisée. Le Réseau offre la continuité des soins pour toutes les situations de handicaps.

- Si les soins sont trop longs ou complexes, des séances au bloc opératoire de la clinique Saint François sont organisées, une fois par semaine, avec possibilité de soins ou d'extraction, dents de sagesse incluses comprises. Sans dépassement d'honoraires.

Nous avons ainsi une unité de lieu pour les soins plus complexes. Tout cela est géré par l'équipe d'Handident, avec souplesse et efficacité. Nous avons voulu qu'une personne en urgence dentaire n'attende pas des semaines, voire des mois avant d'être prise en charge. Ainsi les personnes en situation de handicap sont-elles reçues par des équipes éprouvées. Des séances de formation à l'accueil au handicap sont organisées non seulement pour les praticiens mais aussi pour les personnels accueillant de la clinique Saint François.

Au 30/9/2009, 600 patients ont été dépistés, on a pu dénombrer 334 soins effectués en cabinets ressources. 131 séances au Centre Handident en AG sans intubation et 33 au bloc opératoire ont eu lieu.

Notre action, selon les termes chers à Edgar Morin, veut dépasser les « scissions » pour créer la « reliance ». Le Réseau Handident travaille en effet de concert avec les établissements médico-sociaux, une clinique, un CHR, le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, la Faculté de Chirurgie-Dentaire et les praticiens libéraux. Ainsi, participent à son action aussi bien des médecins-anesthésistes que des AMP, des Professeurs d'Université et des éducateurs spécialisés.

De la sorte, à notre niveau, nous souhaitons organiser la cité en fonction des singularités et des faiblesses, pour qu'elle soit digne d'être appelée humaine. En ce sens, placer la déficience au cœur de la cité, c'est faire advenir un « être ensemble », une société où les moins faibles et les plus faibles trouveront le même confort. Notre marche est longue, inachevée et

quelque part inachevable, car certaines déficiences sont telles que des problèmes persisteront, mais cette action demeure exaltante.

<sup>1</sup>Accord National, y compris ses annexes, conclu le 19 novembre 2002 et publié au *Journal Officiel* du 19 avril 2003 et ses avenants.

**Réseau et Centre Handident  
Clinique Saint François  
1 -5 Rue Colome  
B.P. 92  
67502 HAGUENAU Cédex.  
Tel : 03.88.90.19.01  
Télécopie : 03.88.90.19.02.  
Courriel : brigitte.mengus@clinique-  
st-françois.fr**

## Le Réseau de Soins Dentaires Spécifiques en Bretagne

Hingant Bernard<sup>1</sup>, Sixou Jean-Louis<sup>2</sup>,  
Vulcain Jean-Marie<sup>2</sup>, Piver Bertrand<sup>3</sup>,  
Cousin Jacques<sup>4</sup>, Deltombe Xavier<sup>5</sup>

1 C.H.U. Rennes, coordonnateur du réseau SDS Bretagne.

2 C.H.U. Rennes.

3 C.H.U. Brest.

4 Chirurgien-dentiste libéral, St Brieuc, Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes des Côtes d'Armor, vice-président de l'association du Réseau SDS Bretagne.

5 Chirurgien-dentiste libéral, Rennes, président de l'Association du Réseau SDS Bretagne.

Le Réseau de Soins Dentaires Spécifiques Bretagne (SDS Bretagne) existe depuis décembre 2007. Il est le fruit d'une collaboration entre différents partenaires économiques, sociaux, professionnels dentaires (libéraux et hospitaliers).

### Pourquoi un tel réseau ?

Des besoins de soins dentaires pour les personnes handicapées, adultes et enfants et pour les personnes âgées étaient recensés et non satisfaits.

En Bretagne, environ

13 700 personnes Handicapées vivent en établissement d'accueil

27 000 personnes âgées vivent en EHPAD (Statiss 2009-Drass Bretagne)

Pour les besoins en soins buccodentaires de cette population, des praticiens interviennent ici, ou là, dans leur cabinet dentaire, dans des hôpitaux locaux, dans des cliniques. Mais le plus souvent institutions ou familles ont de grandes difficultés pour faire réaliser les soins dentaires dans des conditions satisfaisantes, et ce d'autant plus que le handicap est lourd.

Bien souvent, seules des extractions sous anesthésie générale sont proposées. Les soins conservateurs sont rarement possibles en dehors des CHU de Brest et Rennes qui assurent des consultations adaptées, mais souvent très éloignées des lieux de vie des patients.

### Quel processus de création ?

Le réseau **Soins Dentaires Spécifiques Bretagne** est le fruit de la réflexion conjointe de l'ensemble des représentants de la profession, et de la Mission Régionale de Santé (MRS = URCAM + ARH), face à un enjeu de santé publique.

En 2005-2006, de nombreuses séances de travail ont réuni l'ensemble des partenaires professionnels (Universités de Brest et Rennes, CHU de Brest et Rennes, syndicats professionnels, UFSDB, Ordre régional des chirurgiens-dentistes, association d'usagers). Ces travaux ont amené la création d'un réseau ville hôpital, le réseau SDS Bretagne, en décembre 2007 financé par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS). Le dossier FIQCS a été monté avec la collaboration de l'association Cap Réseau Bretagne (association de professionnels de santé financée par la MRS).

### Quels sont les objectifs du réseau SDS ?

La finalité de ce réseau est d'apporter une réponse adaptée aux pathologies buccodentaires des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap, tant en terme de soins que de prévention. Parce que les personnes en besoin de soins spécifiques sont dispersées sur l'ensemble du territoire breton, la réflexion du réseau est d'essayer de les prendre en charge dans les structures les plus proches de leur lieu de résidence en faisant appel le plus possible aux praticiens libéraux.

### Quelle structuration ?

Le réseau SDS Bretagne est un réseau ville-hôpital avec 4 niveaux d'intervention selon la difficulté de réalisation des soins : établissements médico-sociaux, cabinets libéraux, centres hospitaliers, services hospitalo-universitaires (Tableau 1).

#### Niveau 1 : établissement de soin

Le patient est pris en charge au sein de son établissement d'accueil par un chirurgien-dentiste libéral de proximité membre du réseau. Le chirurgien-dentiste membre du réseau, se déplace dans les lieux d'hébergements des

Tableau 1. Niveaux de prise en charge des patients dans le réseau SDS Bretagne

Niveau	Acteurs médicaux	Plateau technique	Caractéristiques des soins
① E.H.P.A.D. ou I.M.E./I.M.P.	I.D.E. ou A.S. formée à l'hygiène bucco- dentaire ----- ----- praticiens libéraux volontaires ----- ----- praticiens-stagiaires T 1	- chambre du patient - lampe frontale – sets jetables - consommables (gants-masques) - ou salle de soins avec équipement minimum	Prévention par la maintenance de l'hygiène buccodentaire ----- - bilan d'entrée - orientation - bilan de contrôle régulier / 6 mois
② Cabinets libéraux 2 à 3 / E.H.P.A.D.	Praticiens volontaires adhérents du réseau	Plateau technique du cabinet dentaire	- prise en charge ambulatoire selon des protocoles définis pour les personnes à besoins spécifiques - suivi des soins
③ C.H. ressource les plus près de l'E.H.P.A.D. ou de l'I.M.E. ou I.M.P. ...	Praticiens libéraux volontaires adhérents au réseau	- unité de soins adaptée y compris M.E.O.P.A. possibilité d'A.G. - environnement médicalisé	- prise en charge plus difficile, plus longue ou ponctuelle (ex : chirurgie) - éventuellement sous M.E.O.P.A. (= sédation consciente) ou sous A.G.
④ C.H.U.	Hospitalo Universitaires Praticiens Hospitaliers	- service d'odontologie - environnement médicalisé	- prise en charge plus difficile, longue - sous M.E.O.P.A. ou sous A.G.

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat  
d'Odontologie

AS : Aide Soignante T1 : étudiants en 6<sup>ème</sup> année

MEOPA : sédation consciente par Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote

AG : Anesthésie Générale

personnes âgées et personnes porteuses de handicaps, ou reçoit la personne dans son cabinet.

Il procède à un dépistage buccodentaire pour les pensionnaires des centres, avec remplissage d'une fiche épidémiologique informatique prévue à cet effet (contexte médical, besoins en soins et indicateurs du niveau de prise en charge).

Il est aidé d'un membre de l'établissement pour la saisie des données.

Des actions de sensibilisation et formation à l'hygiène buccodentaire sont menées en direction du personnel de l'établissement d'hébergement.

Les malades nécessitant des soins sont orientés selon la difficulté de prise en charge, vers le niveau 2, représenté par des cabinets libéraux, adhérant au réseau, ou vers le niveau 3, situé dans un hôpital de proximité, pour des soins plus lourds, avec possibilité de prémédication sédative, de sédation consciente (MEOPA ou

autre), ou encore des soins sous anesthésie générale.

#### Le niveau 2 : Cabinet dentaire

Le patient est adressé par son établissement d'accueil au cabinet dentaire de proximité d'un praticien participant au réseau et pris en charge par celui-ci. Ce dernier fait son propre examen buccodentaire et détermine le plan de traitement. Si possible, il procède aux soins et examens nécessités par l'état du malade. Ces soins seront pris en charge selon les prestations du réseau (niveau2).

#### Le niveau 3 : Centre hospitalier de proximité

Le chirurgien-dentiste, praticien libéral, membre du réseau, se déplace dans le centre hospitalier participant également au réseau SDS Bretagne, pour prendre en charge les personnes qui ont fait l'objet d'un fléchage de niveau 3 ou d'un échec de prise en charge au niveau 2. Il dispose d'un plateau technique hospitalier, avec du personnel médical et des moyens de sédation consciente (sédation médicamenteuse et / ou MEOPA) et d'anesthésie générale.

#### Le niveau 4 : Centres Hospitalo-Universitaires

Le patient est pris en charge dans les centres hospitaliers universitaires participant au réseau SDS Bretagne.

**C'est le seul niveau d'intervention qui existait avant la création du réseau.**

Les soins ont lieu au sein des CHU de Brest et de Rennes, qui assurent les soins les plus lourds puisqu'ils disposent d'un environnement médicalisé.

**Bien souvent, le lieu de résidence des patients est très éloigné. Leurs transports sont à organiser**

**Les praticiens qui exercent sont des praticiens hospitaliers, des praticiens hospitalo-universitaires, assistés par des internes ou autres étudiants de troisième cycle.**

Ce niveau, par sa nature hospitalo-universitaire, a également un rôle dans la formation des chirurgiens-dentistes membres du réseau SDS Bretagne et dans une mission de recherche pour la mise en place de protocoles de prise en charge adaptée aux diverses pathologies. L'U.F. (Unité Fonctionnelle) d'Odontologie Pédiatrique du CHU de Rennes est ainsi Centre de Compétences pour les manifestations odontologiques des maladies rares.

#### **Comment sont rémunérés les chirurgiens-dentistes ?**

La spécificité des actes, leurs difficultés, sont prises en compte financièrement pour les chirurgiens-dentistes adhérents, par des forfaits réseaux (forfait réseau n°1, 2,) qui s'ajoutent aux actes de la NGAP. Pour la participation au niveau 3 une indemnité de perte d'exploitation (I.P.E.) est versée pour rémunérer le praticien lors de sa vacation. Ces rémunérations ont pour but de compenser l'inadaptation de la nomenclature actuelle à la prise en charge des soins spécifiques chez les personnes en situation de handicap (Tableau 2).

Il n'y a pas de rémunération particulière pour les praticiens de niveau 4 qui interviennent dans le cadre de leurs fonctions hospitalières.

**Tableau 2. Rémunération des praticiens aux différents niveaux du réseau RDS Bretagne**

	Types d'actes	Indemnités / financements
Niveau 1	Bilan épidémiologique et évaluation buccodentaire en établissement	42 € le bilan = C+ forfait réseau 1 (forfait 1=21€)
Niveau 2	Prise en charge au cabinet dentaire	Cotations selon NGAP+ forfait réseau 2 (forfait 2 = 35€)
Niveau 3	Prise en charge par le praticien libéral à l'hôpital	IPE = 100 €/heure vacation 300 €

### **Le dossier informatique de suivi du réseau SDS Bretagne :**

Du fait l'éloignement des sites et de la nécessité de fournir des indicateurs de résultats, le réseau a décidé de créer un système d'information selon 4 axes :

- **Axe médical :** pour permettre une l'étude épidémiologique de qualité, un bon suivi des soins dentaires et de disposer d'un dossier médical du patient.
- **Axe économique :** pour assurer le suivi et le paiement rapide des compensations financières des professionnels membres du réseau. Pour assurer la maîtrise des coûts de fonctionnement.
- **Axe organisationnel :** pour assurer une bonne coordination des soins entre les centres d'hébergement, les praticiens de ville, l'hôpital, ainsi qu'entre les différents bassins de soins.
- **Axe qualitatif :** afin d'évaluer l'accompagnement des professionnels de santé, de mesurer l'efficacité du réseau, d'évaluer le degré de satisfaction des patients, praticiens et partenaires du réseau.

### **Où en est le réseau, 2 ans après le premier financement ?**

Le réseau SDS Bretagne est encore en phase de mise en place.

Bien qu'ayant vocation à prendre en compte l'ensemble de la région Bretagne, le réseau limite son déploiement durant cette phase à 4 sites expérimentaux répartis sur la région de telle sorte que chacun des quatre départements bretons soit concerné. Les lieux retenus sont Brest, Rennes, Saint Briec et Vannes. Sur chaque site ont été choisis 4 ou 5 établissements regroupant 300 à 400 patients qui seront dans un premier temps, les patients cibles du réseau SDS Bretagne.

Dans les zones où le niveau 3 est opérationnel, les examens de niveau 1 se déroulent dans les établissements d'accueil sélectionnés, avec des chirurgiens-dentistes de proximité

Au niveau structurel, beaucoup d'efforts se sont portés sur la création dans des hôpitaux, autres que les CHU de Rennes et Brest, des structures de soins dentaires permettant d'accueillir nos patients, notamment sur Vannes et sur St Briec. Deux ans auront été

nécessaires pour que l'hôpital de St Briec soit prêt à nous accueillir. Actuellement, sur Vannes, le réseau ne peut toujours pas utiliser le plateau technique.

Parallèlement, des formations sur les soins spécifiques ont été données aux chirurgiens-dentistes membres du réseau par des hospitalo-universitaires de l'UFR d'Odontologie de Rennes et des anesthésistes du CHU de Rennes. Cette formation a été complétée par des stages au CHU de Rennes pour les praticiens intervenant en hôpital.

Deux ans ont également été nécessaires pour la réalisation et la mise en place de l'informatisation du réseau hébergé sur la **plateforme télésanté Bretagne**, permettant des échanges sécurisés, la tenue des dossier patients, avec le suivi épidémiologique, le dossier médical, la fiche de liaison avec les établissements, les comptes-rendus d'intervention dentaire dans les CH, dans les cabinets libéraux.

Sur St Briec, où le dépistage, niveau 1 a débuté fin 2008, la première séance sous anesthésie générale a eu lieu en décembre 2009.

Sur Vannes, les actions de sensibilisation à l'hygiène buccodentaire, ont débuté dans des EHPAD en collaboration avec des praticiens de l'UFSBD. Le dépistage ne commencera que lorsqu'une solution de soins niveau 3 sera effective.

### **Quelles sont les perspectives à court terme ?**

En 2010, l'hôpital de Vannes devrait pouvoir accueillir le réseau SDS Bretagne. Le déploiement du réseau sur le Morbihan suivra alors. Cette année sera également, l'année de l'appropriation de l'outil informatique par les membres du réseau.

Le réseau devrait aussi, étoffer son offre sur le Finistère et l'Ille-et-Vilaine par la création de partenariat avec des hôpitaux locaux qui viendrait épauler les CHU.

### **Conclusions :**

La création d'un réseau est une belle aventure humaine. Elle est également une aventure administrative et parfois aussi un parcours d'obstacles. La mise en place prend du temps, notamment celle du niveau 3 qui conditionne le bon fonctionnement des niveaux précédents et permet de désengorger le niveau 4.

Ce sont les premiers pas, importants, vers une prise en charge correcte et structurée des soins dentaires pour les personnes à besoins spécifiques.

## **HANDIDENT : Regards croisés sur l'accès à la santé bucco-dentaire pour les personnes en situation de handicap dans la région Nord-Pas de Calais**

Hassina GUERROUMI  
Chirurgien dentiste, Directrice de l'association handident et coordonatrice du réseau handident

Cofondée par le Conseil Régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (anciennement CRCO) et la direction régionale de l'Association des Paralysés de France (APF) en 2004, l'association HANDIDENT (loi 1901), gère un réseau opérationnel depuis juin 2005. Il regroupe actuellement 121 praticiens, 187 établissements et services du secteur sanitaire et médico-social, administrés par des associations régionales ou départementales, et 4 établissements hospitaliers.

Son conseil d'administration est constitué à parité de représentants de chirurgiens-dentistes et des associations gestionnaires d'établissements.

Dès le début, le concept de réseau de santé nous est apparu beaucoup plus riche, il se traduit par la volonté des groupes d'acteurs à s'impliquer et à favoriser le travail coopératif. La thématique est bien dans l'air du temps : adaptable, adapté, spécifique, différencié, accessible .... , ce que nous en avons retenu à notre niveau, c'est soigner et accompagner autrement.

S'impliquer dans un réseau de santé, c'est s'inscrire dans une prise de conscience collective, revoir l'accompagnement et le projet personnel de la personne pour les uns, et adapter l'accueil et les techniques de soins pour les autres. C'est l'occasion de repenser la notion de prise en charge globale de la personne, avec la volonté et la capacité à décroiser le monde sanitaire, social et médico-social, assurer l'articulation entre les soins de ville et l'hôpital, dans une perspective de santé générale, de bien-être et de qualité de vie pour toute une frange de la population fragilisée par sa singularité.

Le réseau apporte un appui aux professionnels de santé de premier recours dans la prise en charge de parcours complexes (avec une démographie

professionnelle inférieure de 20% par rapport à la densité nationale), Il organise en amont et en aval du temps dédié aux soins, des activités de prévention et d'éducation à la santé bucco-dentaire avec les usagers des établissements et les familles, il contribue à la formation continue des praticiens, du personnel des établissements, et à l'amélioration des pratiques professionnelles. Dans cette dynamique, le réseau de santé bucco-dentaire HANDIDENT, est un outil nécessaire et utile à l'ensemble des acteurs du territoire, il répond aux priorités de santé publique, et constitue un enjeu majeur d'aujourd'hui, pour demain, avec une question essentielle nous semble t-il: Quelle place pour les réseaux de santé dans l'organisation des soins en relation avec les territoires ?

Le réseau HANDIDENT, s'adresse aux patients, à leur entourage, aux professionnels et aux institutions de santé de la région Nord-Pas-de-Calais. Toute personnes en situation de handicap portant une déficience intellectuelle, motrice, sensorielle, avec ou sans troubles associés, enfants, adulte, ou personnes âgées, orientée par les professionnels de santé (chirurgiens-dentistes, médecins, pédiatres..), par les établissements ou directement par les familles, trouve une écoute active. Nous sommes là pour évaluer le besoin dans le cadre d'une situation, et de proposer une orientation et des pistes de prises en charge possible. Cette activité mobilise 3 postes de travail permanents (2.80 ETP), une directrice, une assistante de direction et une chargée de mission. Les financements de l'association sont obtenus auprès du FIQCS, de la DDASS, et des CPAM.

### **HANDIDENT en quelques chiffres**

Notre bilan au 31/12/2008 affiche les résultats suivants au regard des activités réalisées sur une durée de trois ans :

- Personne dépistée : 3945,
- Personnel formé : 281,
- Praticiens formés : 180
- Ateliers éducationnels : 48, soit 336 bénéficiaires,

L'activité de soins odontologiques spécifiques, à raison d'une journée hebdomadaire au centre hospitalier de Maubeuge, donne les résultats suivants sur une année, soit 45 jours de prise en charge : Patients : 187, Séances de soins réalisées : 414,

- 100% de techniques comportementales et renforcement positif – TCRP -,
- 8% combinaison de TCRP + prémédication sédatrice – PMS -,
- 24% combinaison de TCRP + MEOPA,
- 4% combinaison TCRP + PMS + MEOPA,
- 21% orientés vers des soins sous AG.

Ces résultats ont été possibles, grâce à la motivation de l'ensemble des acteurs du réseau : du temps, de l'énergie et de la disponibilité. Ils traduisent une méthode, un territoire, une organisation et un fonctionnement.

Au démarrage, le réseau s'est doté de 5 commissions thématiques : Ethique et déontologie, information communication, prévention et éducation à la santé bucco-dentaire, formation, et techniques d'accessibilité et soins spécifiques. Ces groupes de travail étaient constitués de compétences diverses et complémentaires afin de co-construire les réponses adaptées.

Par ailleurs, ils représentent des temps privilégiés de rencontre et de création de lien entre les professionnels, les représentants d'usagers et les familles.

Le rythme de travail a été soutenu alors que les agendas des uns et des autres étaient bien remplis, en moyenne 7 à 8 réunions annuelles par commission, complétées par une réunion mensuelle du comité de pilotage. Le comité de pilotage est l'organe de résonance et de validation de l'ensemble des travaux de commissions, il a un regard transversal sur la construction du réseau. Il est constitué des présidents de commissions (chirurgien-dentiste, représentant d'établissement, d'associations gestionnaires) et de la directrice de l'association.

Le plus difficile dans cet exercice est d'arriver à une architecture du réseau qui résonne avec les besoins et les centres d'intérêts des différents acteurs et usagers du réseau. C'est tel un chef d'orchestre

symphonique qui écoute et accompagne les membres de sa formation afin d'écrire ensemble une partition juste et harmonieuse, en s'appuyant sur l'ensemble des ressources à sa disposition. L'ensemble des membres sont inmanquablement dans une démarche d'acquisition de connaissances, de partage, de liens et de transmission. C'est dans cet état d'esprit que onze conseils locaux de santé bucco-dentaire pour personne en situation de handicap ont été installés en fin d'année 2009, et que le comité de pilotage du réseau HANDIDENT, s'apprête à faire peau neuve en ce début d'année, afin d'être représentatif de son organisation territoriale.

Beaucoup d'efforts fournis, du temps passé à réaliser et à capitaliser les acquis. Cependant tout reste encore à faire afin de passer de l'exception, l'expérimentation vers le droit commun, statut qui garantit à tous le droit à se soigner !

Association HANDIDENT :  
[www.handident.com](http://www.handident.com)

## Etude portant sur l'application pratique des titres II IV et V de la loi du 11 février 2005 dans le domaine de la santé buccodentaire

Sahar Moussa-Badran<sup>1</sup>, Alain Bery<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Chargée d'enseignement (Reims)

Chirurgien dentiste conseil, MSA 02

<sup>2</sup>MCU-PH, U.F.R d'Odontologie – Université Paris 7

### Résumé :

L'objectif de l'étude est de faire le point sur l'application la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées depuis 4 ans.

Pour cela quatre questionnaires ont été adressés respectivement aux MDPH concernant leur mission de coordination et d'intégration des soins buccodentaires dans le projet de vie de la personne en situation de handicap. Aux Préfectures concernant l'accessibilité aux ERP, les dérogations accordées dans ce domaine et les refus discriminatoires de soins éventuels répertoriés. Aux UFR d'odontologie concernant la formation initiale et continue des odontologistes et aux réseaux de soins buccodentaires et leur mode de fonctionnement tous impliqués dans le service de soins buccodentaires rendu à la personne en situation de handicap.

Les résultats recueillis montrent que l'application de cette loi reste à ce jour très aléatoire et dépendant de la sensibilité et de l'engagement individuel des personnes dans ce domaine.

**Mots clés :** Enquêtes, loi 2005, MDPH, Préfectures, UFR d'odontologie, Réseaux de soins.

### Introduction

Dans le cadre d'un travail de thèse de doctorat en droit médical portant sur les aspects juridiques de la prise en charge des personnes handicapées en odontostomatologie, une étude a été menée via des questionnaires visant à mettre en évidence l'application sur le plan pratique des titres II, IV et V de la loi du 11 février 2005 orientée vers l'accessibilité aux soins buccodentaires des personnes handicapées

### Objectif

L'objectif de l'étude est de réaliser un état des lieux sur l'application des décrets de cette loi depuis sa promulgation il y a quatre ans.

### Matériel et Méthode

Quatre questionnaires ont été envoyés respectivement

- **Aux Maisons Départementales des Personnes handicapées (MDPH)** concernant les sollicitations pour des soins buccodentaires intégrés dans le projet de vie et de soins des personnes handicapées (application des missions des MDPH au titre V de la loi).

*1/ Quel est le rapport demandes/ besoins en soins buccodentaires à votre niveau ?*

*2/ Quelles sont les possibilités d'accès ou non à certaines structures de soins ?*

*3/ Existe-t-il un réseau de soins buccodentaires spécifiques sur le département ?*

*4/ Y a-t-il des demandes de prise en charge de transports dans le cadre des pathologies orales ?*

*5/ Quel est le pourcentage de personnes concernées à votre connaissance par cette démarche de soins buccodentaires ?*

- **Aux Préfectures** concernant les dossiers de mises aux normes, et des dérogations accordées concernant l'accessibilité aux ERP de 5<sup>ème</sup> catégorie (application du titre IV de la loi).

*Existe t-il des plaintes à votre niveau concernant :*

*1/Le refus de soin buccodentaire dû à un défaut d'accessibilité physique aux cabinets dentaires.*

*2/ le manquement à l'obligation de mettre aux normes l'accès aux personnes en situation de handicap telles qu'elles sont décrites dans la loi du 11 février 2005.*

3/ toute forme de plainte concernant le refus de prise en charge d'une personne en situation d'handicap dans le cadre des soins médicaux.

4/ Des dérogations ont-elles été accordées à certains cabinets, si oui quel motif ?

- **Aux UFR d'odontologie** concernant la formation initiale et continue des chirurgiens dentistes en matière de prise en charge des personnes handicapées (application du titre II de la loi).  
Formation initiale

1/ Existe-t-il une formation initiale dans le domaine des soins spécifiques aux personnes handicapées ?

Oui

non

2/ Si oui, sous quelle forme ?

Cours

théorique

Pratique hospitalière

2-1 Dans le cas des cours théoriques :

2-1-1-Quel est le niveau d'étude concerné par cet enseignement?

P2

D1

D3

T1

Formation continue

1/Existe-t-il une formation continue aux soins spécifiques aux personnes handicapées proposée par votre faculté?

Oui

non

2/Si oui

2-1-Sous quelle forme (ex : DU-DIU etc) ?

2-2-Quel est le public visé par cette formation ?

Libéraux

praticiens hospitaliers

- **Aux réseaux de soins buccodentaires** concernant l'amélioration de l'accessibilité aux soins buccodentaires réalisés dans le cadre de l'application du titre II de la loi.

1/ la date de mise en œuvre du réseau

2/ Le nombre de personnes impliquées dans ce réseau

Gestion administrative

Praticiens inscrits au réseau

3/ La nature du handicap décrit et les critères d'accessibilité aux cabinets dentaires

4/ La formation spécifique des praticiens correspondants du réseau

5/Existe-t-il un rapport d'activité du réseau portant sur des statistiques annuelles concernant :

Le nombre de personnes qui font appel au réseau

La nature de leur handicap : moteur, sensoriel mental...

6/ La méthodologie de fonctionnement :

Orientation des patients selon quels critères ?

Accessibilité physique

Spécificité des praticiens

Moyens de sédation proposés par les praticiens

## Résultats

- **Pour le titre V concernant les MDPH**  
25 questionnaires ont été exploités sur 95 envoyés.  
4 MDPH ont joint la liste des centres pour personnes en situation de handicap connus dans leur département à contacter directement.  
1MDPH a déclaré avoir été sollicitée pour participer à un projet de bus de soins buccodentaires pour personnes en situation de handicap.  
1 MDPH a été sollicitée pour des soins buccodentaires intégrés au projet de vie et d'intégration sociale pour des traitements d'orthodontie chez 2 personnes présentant une trisomie 21.
- **Pour le titre IV concernant les préfetures**  
25 questionnaires ont été exploités sur 97 envoyés.  
Aucune réponse positive de dépôt de plainte n'a été enregistrée aussi bien pour les questions d'accessibilité physique que pour le refus discriminatoire des soins buccodentaires. Aucune dérogation n'a été accordée aux cabinets dentaires pour les 25 préfetures qui ont répondu.
- **Pour le titre II concernant la formation odontologique** initiale (FI) et continue (FC) des chirurgiens dentistes dans le domaine des soins spécifiques.  
10 réponses sur 16 ont été récoltées.  
En FI ; cet enseignement reste optionnel (6 UFR sur 10) en fin de cycle D3-T1 toutes proposent des vacances

hospitalières optionnelles soins et dépistages préventifs confondus.

En FC ; 4 UFR sur 10 proposent des formations portant en majorité sur les moyens de sédations : 3 DU et 1 DIU pour les libéraux et les hospitaliers.

- **Pour l'application du titre II concernant l'accessibilité aux soins via les réseaux**

5 réponses sur 6 réseaux de soins buccodentaires pour personnes en situation de handicap (hors soins aux personnes âgées dépendantes) contactés.

Les dates de mise en place varient de 1989 pour le plus en ancien à 2009 pour le plus récent (loi 1901).

Le nombre de personnes impliquées dans le réseau

- Pour la gestion administrative le nombre varie de 0 à est de 2 secrétaires
- Pour le nombre de praticiens impliqués le nombre varie dans de 4 à 30.

Tout type de handicap est pris en charge par les 5 réseaux et l'accessibilité aux cabinets dentaires est garantie.

Les formations des praticiens du réseau sont pour :

2 des réseaux en partenariat avec les DU proposés par les UFR, pour les 3 autres il s'agit d'une formation continue volontariste proposée au sein du réseau  
Aucun rapport d'activité n'a pu être obtenu

Pour la méthodologie de fonctionnement 2 des réseaux orientent par téléphone les patients vers les praticiens du réseau.

1 réseau propose une prise en charge hospitalière spécifique  
et 2 réseaux proposent des vacations hebdomadaires aux praticiens libéraux du réseau.

## Discussion

- *Le titre V chapitre 2 article 64 section 2 " ....la maison départementale des personnes handicapées assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formation de son projet de vie.....organise des actions de coordination avec les dispositifs*

*sanitaires et médicco-sociaux concernant les personnes handicapées...."*

Il apparait selon les résultats que les MDPH sont très peu sollicitées pour intégrer les soins buccodentaires dans le cadre de leur mission de coordination des soins autour du projet de vie de la personne handicapée.

Deux interprétations sont possibles soit la santé buccodentaire est reléguée au second plan compte tenu des autres pathologies prises en charge dans le cadre du projet de vie soit que le concept d'une unité globale de prise en charge du handicap dans tout ses aspects y compris buccodentaire n'a pas encore été reconnue sur le plan sociétal.

- *Le titre IV article 41 " les établissements existants recevant du public doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler...."*

Selon les résultats des questionnaires envoyés aux Préfectures aucune plainte n'a été répertoriée à ce sujet concernant des cabinets dentaires aussi bien pour l'accessibilité physique que pour la prise en charge non discriminatoire. Sachant que les échéances de mise aux normes d'accessibilité physique sont imminantes 2011 pour la création de nouveaux Etablissement Recevant du Public ( ERP) de 5<sup>ème</sup> catégorie que sont les cabinets dentaires et 2015 pour les modifications de mise aux normes des ERP existants.

Deux explications possibles apparaissent , soit ces décrets d'application restent méconnus par les professionnels et les patients en situation de handicap ; soit les patients en situation de handicap restent globalement satisfaits de l'accueil et du service rendu lors de leur prise en charge pour les soins buccodentaires.

- *Le titre II article 7 " les professionnels de santé et ...reçoivent au cours de leur formation initiale et continue une formation spécifique concernant l'évolution des connaissances relatives aux pathologies à l'origine des handicaps et les innovations thérapeutiques, technologiques, pédagogiques, éducatives et sociales les concernant,*

*l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées ainsi que l'annonce du handicap."*

Selon les résultats des questionnaires reçus par les UFR d'odontologie, cette obligation reste en grande majorité remplie aussi bien en formation initiale qu'en formation continue. Cependant, elle reste le plus souvent optionnelle, volontariste et transdisciplinaire.

- Pour les réseaux de soins, il apparaît que leur nombre est insuffisant compte tenu des prévisions de 10% de personnes en situation de handicap dans les 20 ans à venir (DREES 2007), que leur mode de fonctionnement reste disparate en fonction des régions.

### **Conclusion**

Les enquêtes menées montrent que l'application pratique des différents titres de cette loi reste aléatoire et dépendante de la sensibilité individuelle au problème de santé buccodentaire des personnes en situation de handicap ; alors qu'il est considéré comme étant un enjeu majeur de santé publique dans les années à venir.

### **Bibliographie :**

1/ Article 41 Chapitre III Loi n° 2005-102 du 11 février 2005

2/ Arrêté du 17 mai 2006 relatif aux caractéristiques techniques relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées lors de la construction ou de la création d'établissement recevant du public ou d'installations ouvertes au public.

3/ Article L1110-1-1 Créé par Loi n°2005-102 du 11 février 2005 - art. 7 JORF 12 février 2005

4/ Article L146-3 Créé par Loi n°2005-102 du 11 février 2005 - art. 64 JORF 12 février 2005

5/ Article L146-4 Créé par Loi n°2005-102 du 11 février 2005 - art. 64 JORF 12 février 2005

6/ Article L114-1 Modifié par Loi n°2005-102 du 11 février 2005 - art. 2 (V) JORF 12 février 2005

7/ Article L114-3-1 Créé par Loi n°2005-102 du 11 février 2005 - art. 6 JORF 12 février 2005

8/ Article L6321-1 du code de santé publique loi du 4 mars 2002

Modifié par Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 - art. 11 JORF 6 septembre 2003

Modifié par Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 - art. 17 JORF 6 septembre 2003

9/<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/grand-public/reseaux-de-soins/en-savoir-plus-sur-les-reseaux.html>

10/ <http://www.handicap.fr/>

11/<http://www.sante.gouv.fr/drees/handicap/handicap.pdf>

12/<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-drees/enquetes/handicap-sante.html>

13 /[http://www.francophonie.org/IMG/pdf/CONVENTION\\_RELATIVE\\_AUX\\_DROITS\\_handicapes.pdf](http://www.francophonie.org/IMG/pdf/CONVENTION_RELATIVE_AUX_DROITS_handicapes.pdf).

14/déclaration de principe de la FDI, Les soins dentaires et bucco-dentaires des personnes handicapées adoptée par l'Assemblée générale de la FDI : 18 Septembre 2003 - Sydney

## Etat des lieux de notre Formation initiale et Continue en matière de soins spécifiques

Sahar Moussa-Badran<sup>1</sup>, Alain Bery<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Chargée d'enseignement (Reims)  
Chirurgien dentiste conseil, MSA 02  
<sup>2</sup>MCU-PH, U.F.R d'Odontologie – Université Paris 7

### Résumé

Une enquête a été menée auprès des seize facultés de chirurgie dentaire en France dans le but de faire un état des lieux sur le contenu de la formation initiale [FI] et continue [FC] en soins spécifiques mais également sur les moyens humains mis en œuvre pour réaliser cet enseignement à travers un questionnaire en trois parties. Une partie concernant la forme (nombre d'heure enseignées, nombre et qualification des enseignants, niveau concerné par cet enseignement) et une partie concernant le fond d'enseignement (thèmes abordés) aussi bien pour la [FI] que pour la [FC].

Une partie concernait la pratique hospitalière avec deux questions sur l'existence de convention entre l'hôpital et les structures d'hébergement pour personnes en situation de handicap, et sur la présence d'un réseau des soins spécifique dans la région.

Un tableau comparatif par item a été réalisé pour l'analyse des réponses pour les dix facultés qui ont répondu.

L'analyse des réponses montre que la [FI] comporte systématiquement des sujets qui ont attrait aux soins spécifiques pour les D3 -T1 par contre le nombre d'heures varie de 5 à 180 heures de cours, il en est de même pour le nombre d'enseignants qui oscille entre 1 et 8 avec une pluridisciplinarité et une transversalité des contenus pour l'ensemble des facultés.

Seules quatre facultés proposent une [FC] traitant des soins spécifiques, ces enseignements concernent plutôt les méthodes de sédation sous forme de DU ou DIU s'adressant à tous les praticiens

En ce qui concerne la pratique hospitalière les vacations proposées vont de 1 à 5 soins et dépistages confondus, une seule structure a une convention formalisée avec des centres spécialisés et 4 partenariats avec des réseaux de soin ont été répertoriés.

La prise en charge des soins spécifiques étant un problème de santé publique, son

enseignement gagnerait à être généralisé et harmonisé tout en gardant cette pluridisciplinarité qui l'enrichit.

**Mots clés :** Enquête ; Formation initiale, Formation continue, pratique hospitalière, soins spécifiques

### Introduction

Dans le cadre de la loi du 11 février 2005, la personne en situation de handicap pour la première fois a été considérée de façon individuelle en dehors de toute catégorisation liée à sa déficience, à son incapacité ou à sa dépendance.

C'est dans cet esprit que les MDPH (maisons départementales des personnes handicapées) ont été mises en place afin de suivre et de proposer un projet de vie à chaque personne en situation de handicap ainsi qu'un accompagnement sanitaire et social. Cette loi insiste sur la mise en place de l'équité pour tous les citoyens dans tous les domaines spécifiquement en ce qui notre pratique concernant l'accès aux soins au même titre que tous les patients.

Dans son article 42 cette loi a décrit toutes les obligations d'accessibilité physique aux locaux de soins de ville désignés comme des établissements recevant du public [ERP]. Cependant, à aucun moment cette loi n'évoque l'obligation de compétence particulière ou de formation spécifique pour la prise en charge optimale de ces patients à besoins spécifiques comme les décrit le professeur Hennequin dans ces travaux.

Dans la [FI] cette obligation serait tacite puisque depuis le BO 3-2001 édité par le ministère de l'enseignement supérieur de la recherche et de la technologie pour les médecins mais rien n'a été prévu dans ce domaine pour les odontologistes dont la réforme des études date du 27 septembre 1994. Ainsi, il existe un module obligatoire qui s'intitule « handicap, incapacité, dépendance » depuis 2001 pour les médecins ayant pour objectif l'apprentissage d'une prise en charge globale psychosociale inscrite dans un réseau de soin des personnes en situation de handicap.

Nous avons mené une enquête de type qualitatif pour répertorier l'application de cet item dans les 16 facultés de chirurgie dentaire en France.

Un questionnaire en trois volets a été envoyé à tous les doyens des facultés afin de le faire suivre aux enseignants concernés.

Un premier volet concernait la [FI], un autre la pratique hospitalière, et le troisième la [FC] avec deux approches pour chaque volet une quantitative, l'autre qualitative sur le contenu des thèmes abordés.

Les résultats de cette enquête sont issus des réponses données par 10 facultés sur les 16.

**Matériel** : le questionnaire envoyé

#### Formation initiale

1/ Existe-t-il une formation initiale dans le domaine des soins spécifiques aux personnes handicapées ?

Oui non

2/ Si oui, sous quelle forme ?

Cours théorique Pratique hospitalière

*2-1 Dans le cas des cours théoriques :*

2-1-1-Quel est le niveau d'étude concerné par cet enseignement?

P2 D1 D3 T1

2-1-2-Quel est le nombre d'heure annuel de cours?

2-1-3-Quelle sous section est en charge de cet enseignement ?

2-1-4-Combien d'enseignants sont impliqués dans cette formation?

2-1-5-Quels sont les grands thèmes abordés ?

*2-2 Dans le cas d'une pratique hospitalière*

2-2-1-Quel est le nombre de vacations cliniques hebdomadaire concerné par cette activité ?

2-2-2- Combien d'intervenants sont chargés de cette activité ?

2-2-3-Quelle est la fonction de ces intervenants ?

2-2-4-Existent-ils des conventions signées entre la structure hospitalière de prise en charge et les centres hébergeant des personnes handicapées dans votre région ?

2-2-5-À votre connaissance existe-t-il un réseau de soin ville-hôpital dans ce domaine au sein de votre région ? Si oui depuis combien de temps ?

#### Formation continue

1/Existe-t-il une formation continue aux soins spécifiques aux personnes handicapées proposée par votre faculté?

Oui non

2/Si oui

2-1-Depuis combien de temps cette formation est mise en place ?

2-1-Sous quelle forme (ex : DU-DIU etc.) ?

2-2-Quel est le public visé par cette formation ?

Libéraux

praticiens hospitaliers

2-3-Quel est le nombre d'heure annuel de formation?

2-4-Quels sont les thèmes abordés ?

2-5-Quel est le nombre et la fonction des intervenants ?

2-6-Cette formation a-t-elle été agréée par le CNFCO ?

#### **Méthode**

Pour analyser les données obtenues des tableaux ont été réalisées séparant les informations quantitatives des qualitatives pour toutes les formes d'enseignements.

Tableau récapitulatif n° 1: [FI] Volet quantitatif théorique

Facultés	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Existence De cette formation	Oui optionnelle	Oui optionnelle	Oui optionnelle	Oui obligatoire	Oui obligatoire	Oui obligatoire	Oui optionnelle	Oui optionnelle	Oui optionnelle	Oui obligatoire
Forme de cette formation T /H	T et H	T et H	T/H	T	T/H	T	T/H	T/H	T/H	T
Niveau concerné par l'enseignement	T1	D 3-T1	D 3-T1	D3	D3-T1	T1	T1	T1	D3-T1	T1
Nombre d'heure de cours par an	40h	32h	17h	5h	10h	3h	180h	15h	20h	5h
Sous section en charge de cet enseignement	5601 5603	5801 5802	5801 5802 5601	5601	5603	5601	5801	5601 5802	5601 5603 5801 5802	5603
Combien d'enseignants sont impliqués	6	5	4	1	3	2	8	2	6	2

Tableau récapitulatif n°2 Volet quantitatif hospitalier

facultés	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de vacations cliniques hebdomadaires	1	5	3	2	4	2	4	2	3	7
Nombre d'intervenant chargés de cette activité	1	3	3	2	6	2	2	1	3	10
Fonction des intervenants	AHU	PU MCU AHU	MCU 2AHU	MCU PH	PU MCU AHU PH internes	MCU AHU	PH internes	MCU	MCU 2AHU	2PH 3AHU internes
Existence de conventions officiels hôpital /centres d'hébergement	non	oui	non	non	oui	non	non	oui	non	oui
Existence d'un réseau de soin dans la région	non	non	non	non	oui	non	non	oui	oui	oui

Tableau récapitulatif n°3 [FC] Volet quantitatif

facultés	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Existence de cette FC	no n	oui	oui	oui	no n	no n	no n	no n	no n	non
Depuis combien de temps cette FC existe		1992	2007							
Forme de cette FC		DU	DIU	DIU						
Publique visé		Tous praticiens	Tous praticiens	Tous praticiens						
Nombre d'heure		60h	20h	130h						
Nombre des intervenants		3	4	3						
Fonction des intervenants		PU/2MCU	2PU/2MCU	PU/2MCU						
Agrégation CNFCO		oui	oui							

Tableau récapitulatif n° 4 Volet qualitatif [FI] et [FC]

Tableau n° 4-1 Faculté 1

Thèmes officiels à aborder	Thèmes abordés en [FI]	Thèmes abordés en [FC]
Évaluation clinique et fonctionnelle d'un handicap moteur cognitif sensoriel	Définition des besoins spécifiques Epidémiologie du handicap Diagnostic et classification Approche clinique du handicap	Pas de [FC]
Analyse des implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social	Prise en charge socio-économique	
Orientation et prise en charge d'un enfant handicapé	Sédation en odontologie Les soins spécifiques en odontologie (OC,Chirurgie,prothèse,ODF,) aspects cliniques	
Le handicap mental et la protection juridique des mineurs et majeurs protégés	Pas d'enseignements	

Tableau n° 4-2 Faculté 2

Thèmes officiels à aborder	Thèmes abordés en [FI]	Thèmes abordés en [FC]
Évaluation clinique et fonctionnelle d'un handicap moteur cognitif sensoriel	Epidémiologie du handicap L'équilibre nutritionnel de la personne âgée dépendante. Approche clinique du handicap	DU sédation consciente et AFSU intégrée
Analyse des implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social	L'autisme, la trisomie, les pathologies IMC, l'anxiété,	
Orientation et prise en charge d'un enfant handicapé	La sédation consciente, l'anesthésie générale	
Le handicap mental et la protection juridique des mineurs et majeurs protégés	Pas d'enseignements	

Tableau n° 4-3 Faculté 3

Thèmes officiels à aborder	Thèmes abordés en [FI]	Thèmes abordés en [FC]
Évaluation clinique et fonctionnelle d'un handicap moteur cognitif sensoriel	Epidémiologie du handicap La nutrition Le vieillissement La communication Approche clinique du handicap	Angoisse anxiété phobie IMC
Analyse des implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social	Les interférences pathologiques et thérapeutiques, La physiopathologie des soins buccaux Prise en charge prothétique et dépendance.	Prémédication, La sédation consciente, l'anesthésie générale,
Orientation et prise en charge d'un enfant handicapé		

Tableau n° 4-4 Faculté 4

Thèmes officiels à aborder	Thèmes abordés en [FI]	Thèmes abordés en [FC]
Évaluation clinique et fonctionnelle d'un handicap moteur cognitif sensoriel	L'enfant malade La personne âgée dépendante La psychose de l'adulte	DIU soins spécifiques (programme non fourni)
Analyse des implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social	Mise en place de traitements spécifiques Protocoles de soins Abord et communication adaptés	
Orientation et prise en charge d'un enfant handicapé	Sédation en odontologie Les soins spécifiques en odontologie (OCE, Chirurgie, prothèse, ODF,) aspects cliniques	
Le handicap mental et la protection juridique des mineurs et maieurs protégés	Pas d'enseignements	

Tableau n° 4-5 Faculté 5

Thèmes officiels à aborder	Thèmes abordés en [FI]	Thèmes abordés en [FC]
Évaluation clinique et fonctionnelle d'un handicap moteur cognitif sensoriel	Les grands syndromes Pathologies et génétique	DU de sédation (programme non fourni)
Analyse des implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social	Prise en charge de cas complexes	
Orientation et prise en charge d'un enfant handicapé	Sédation en odontologie	
Le handicap mental et la protection juridique des mineurs et majeurs protégés	Pas d'enseignements	

Tableau n° 4-6 Faculté 6- 7- 8

Thèmes officiels à aborder	Thèmes abordés en [FI]	Thèmes abordés en [FC]
Évaluation clinique et fonctionnelle d'un handicap moteur cognitif sensoriel	Programmes non joints	Pas de [FC]
Analyse des implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social		
Orientation et prise en charge d'un enfant handicapé		
Le handicap mental et la protection juridique des mineurs et majeurs protégés		

Tableau n° 4-7 Faculté 9

Thèmes officiels à aborder	Thèmes abordés en [FI]	Thèmes abordés en [FC]
Évaluation clinique et fonctionnelle d'un handicap moteur cognitif sensoriel		Pas de [FC]
Analyse des implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social	La polymédication Les soins spécifiques de certains cas	
Orientation et prise en charge d'un enfant handicapé	L'anesthésie générale Sédation à l'état vigile.	
Le handicap mental et la protection juridique des mineurs et majeurs protégés	Pas d'enseignements	

Tableau n° 4-8 Faculté 10

Thèmes officiels à aborder	Thèmes abordés en [FI]	Thèmes abordés en [FC]
Évaluation clinique et fonctionnelle d'un handicap moteur cognitif sensoriel		Pas de [FC]
Analyse des implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social	Prise en charge de la personne handicapée Pathologies associées	
Orientation et prise en charge d'un enfant handicapé	Soins dentaires chez l'enfant porteur de handicap	
Le handicap mental et la protection juridique des mineurs et majeurs protégés		

## Résultats

En ce qui concerne la [FI], il semblerait que l'enseignement reste le plus souvent optionnel, il concerne les deux dernières années d'étude avec une partie d'enseignement théorique plus ou moins importante en nombre d'heure (de 3h à 180h) en fonction des facultés et une partie d'enseignement clinique et hospitalier comprenant tout confondu des séances de soin et des séances de dépistage et de prévention dans les centres d'hébergement de personnes handicapées.

Pour ce qui est de la [FC] seules 4 facultés proposent un enseignement sous forme de DU ou DIU agréés de facto par le CNFCO puisque toutes les facultés le sont comme centre de formation.

Cet enseignement s'adresse à un public large de praticiens quelque soit le type d'exercice le nombre d'heures proposé est également variable de 20 à 120 h.

Le nombre d'intervenants varie également de 1 à 8 toutes fonctions et disciplines confondues

Deux facultés ont des conventions signées avec des centres d'hébergement pour personnes handicapées

4 réseaux de soins sont déclarés et reconnus et travaillent en collaboration avec les facultés régionales les plus proches.

Le contenu théorique des enseignements est sélectif en fonction des intervenants et reste toujours lié à la pluridisciplinarité.

Pour les facultés où la sous section d'odontologie pédiatrique est en charge de l'enseignement ce sont plutôt les difficultés de prise en charge de la petite enfance qui sont abordées et les moyens de sédations disponibles dans ce domaine.

Pour les facultés où la section de prothèse est en charge de l'enseignement, il s'agit plutôt d'un enseignement concernant la dépendance en

gériatrie et son implication dans la prise en charge buccodentaire.

Seules 2 facultés sur 10 abordent des sujets aussi pointus que l'identification des handicapés, l'autisme, la trisomie 21.

4 facultés sur 10 ont intégré une démarche de prévention et de dépistage en établissement spécialisé (MAS, IME, EHPAD)

## Discussion

Il apparaît d'après l'enquête que les chirurgiens dentistes ont des disparités de formation initiale et continue en matière de prise en charge des personnes handicapées et cela sur les 3 plans suivants : heures d'apprentissage, thèmes abordés, transversalités des intervenants.

La [FC] reste centrée sur les moyens de sédation autour du MEOPA et la dias analgésie. Or pour moment ces techniques ne sont pas autorisées dans les cabinets libéraux ce qui limite l'accessibilité à certains soins pour les personnes en situation de handicap.

On note également que le nombre de réseau de soin est largement insuffisant compte tenu des prévisions DREES en 2007 de 10% de personne en situation de handicap prévues dans les 20 ans à venir. Ces réseaux ont des difficultés financières de survie à long terme sauf implication personnelle de certaines personnes très engagées dans le problème de cette prise en charge.

## Conclusion

La [FI] et [FC] doivent être harmonisées entre les différentes facultés. La transversalité de l'enseignement qui garantie sa richesse gagnerait à être coordonnée compte tenu des enjeux médico-économiques à long terme ; par exemple par l'intermédiaire de personnes compétentes dans le domaine qui s'y ont engagés depuis de nombreuses années mais de façon individuelle et locale afin que les besoins réels en santé buccodentaire constatés par ces acteurs soient couverts. De plus il serait sans doute judicieux de respecter l'esprit de la loi de 2005 qui est axée autour du projet de vie de la personne en

situation d'handicap familiariser les personnes formées dans ce domaine à coopérer avec le secteur social dans l'intérêt de la personne handicapée.

Par souci d'équité avec le restant de la population la prévention des pathologies buccodentaires chez la personne en situation de handicap devrait être renforcée par des stages proposés en fin de cycle aux étudiants dans les établissements spécialisés et ce de façon systématique.

En effet l'engagement dans une voie thérapeutique compte tenu des difficultés rencontrées par les personnes encadrant les personnes handicapées aux soins de bouche quotidien (manque d'effectifs, de temps, de formation) est un réel obstacle à une prise en charge et à un accès au soin non discriminant.

### Bibliographie

- 1 Arrêté 27 septembre 1994 relatif aux études en vue du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire.
- 2 Bois D, Massonnaud J, Melet J. « Mission odontologie » rapport du 13 novembre 2003.
- 3 BO N°31 2001 du 30 août en médecine
- 4 Fenton SJ, Hood H, Holder M, May PB Jr, Mowadren WE. «The American Academy of developmental Medicine and Dentistry eliminating health disparities for individuals with mental retardation and other developmental disabilities.». J Dent Educ.2003Dec; 67(12):1337-44.
- 5 Headrich LA, Khaleel NI. « Getting it right: educating professionals to work together in improving health and health care. » J interprofcare.200\_ Aug; 22 (4): 364-74.
- 6 « Health profession education needs overhaul to improve quality and safety, IOM says. »Qual Lett – Healthc Lead.2003 May; 15(5):13-4.
- 7 Kirschner KL, Curry RH. « Educating health care professionals to care for patients with disabilities » JAMA.2009 Sept 23; 302 (12) 1334-5.
- 8 Loi du 11 février 2005 titre II article 7
- 9 Sandey C, Klunert HL, Boyd SE, Herron C, Teiss L, Muik J. «Virtual patient instruction for dental students: can it improve dental care access for persons with special needs. »Spec Care Dentist.2008 Sept-Oct; 28 (5): 205-13.
- 10 Stumpf SH, Clark JZ. « The promise and pragmatism of interdisciplinary education» J Allied Health.1999 Spring; 28 (1): 30-2.
- 11 Tsai WC, Kung PT, Chiang HH, Chang WC. «Changes and factors associated with dentists' willingness to treat patients with severe disabilities. » Health Policy.2007 Oct; 83(2-3):363-74.Epub2007 Apr 9.

## ARCHEODENT

### Orthodontie et analyse architecturale crânio-faciale : Les morphotypes africains

Djillali Hadjouis

*Entre morphotype régional et architecture faciale*

Les thérapeutes maghrébins et africains en orthodontie ont vite compris l'intérêt de développer le plus rapidement et le plus efficacement possible les analyses céphalométriques numérisées sur leurs populations respectives étant donné que dans certains pays un individu sur deux nécessite un traitement orthodontique. Les rencontres francophones qui se font depuis quelques années à Rabat, Casablanca, Sousse, Tlemcen, Alger, Batna en collaboration avec les thérapeutes français et celles qui sont organisées à Paris et ailleurs avec leurs collègues africains, notamment d'Abidjan ou de Dakar, sont en nette progression non seulement sur les techniques utilisées (paramètres d'analyse, méthodes céphalométriques ...) mais également sur la mise en évidence des tableaux architecturaux (dysmorphoses de type classe 2 et classe 3). Mais là n'est pas mon propos. Ce préambule sur les dysmorphoses maxillo-mandibulaires (dento-dentaire ou dento-squelettique) des populations maghrébines et africaines montre à l'évidence combien la discipline et ses techniques avancées, à l'instar de l'Orthopédie Dento-Faciale et de la chirurgie dentaire, sont primordiales dans les pays émergents ou en voie de développement. Cependant, il est utile de rappeler, que les soins donnés, basés sur un modèle céphalométrique, sont souvent réalisés sans la connaissance architecturale de la population donnée, j'entends en tant que population anthropologique. Ce que l'on nomme par morphotype ou type architectural (morphotype ou faciès euro-péide, morphotype ou faciès méditerranéen, morphotype ou faciès asiatique, morphotype ou faciès africain ...) ce sont des groupes anthropologiques (populations) qui ont occupé des espaces géographiques pendant des centaines, des milliers, voire des dizaines de milliers de générations. Leur empreinte architecturale rencontrée sous la forme de squelettes dans les nécropoles reflète une morphologie paléanthropologique d'un type ou

de plusieurs types architecturaux qui ont séjourné dans ces régions et qui montrent les différentes étapes évolutives de la face et de la base du crâne et donc du caractère prognathe ou orthognathe alvéolo-dentaire. Cette caractéristique primordiale de la morphologie crânio-faciale et occlusale que l'on retrouve aujourd'hui sous la forme d'un type morphologique dans les différentes régions géographiques est parfois même, ignorée des thérapeutes occidentaux.

La prise en compte de données morphologiques et céphalométriques comparatives du Nord au Sud (régions méditerranéennes du nord de l'Afrique, régions sahariennes, régions sahéliennes, régions au sud du Sahel) montre à quel point les résultats de la téléradiographie de profil sont saisissants. Existe-t-il dans les profils, une différence occlusale (profil orthonormé, non pathologique de type classe 1) entre les populations maghrébines méditerranéennes et sahariennes, puis entre celles du Sahara, du Sahel et de l'Afrique occidentale ? Existe-t-il un rapprochement morphologique crânio-facial entre les populations africaines, si oui lesquelles ? Quelle est la part du brassage des populations issues des migrations (migrations Sud-Nord, Nord-Sud, Est-Ouest) ? Existe-t-il plusieurs morphotypes dans le Nord de l'Afrique, issus des populations anciennes (préhistoriques, protohistoriques, antiques et médiévales) ? Toutes ces questions sont débattues depuis plusieurs années et un grand nombre de travaux paléanthropologiques et paléo-odontologiques ont été consacrés à certaines d'entre elles. Dire que tout a été expliqué serait une gageure, beaucoup de questions restent encore non élucidées en raison d'absence de données chiffrées, de données non publiées ou tout simplement d'un désintéressement total de ce genre de spécialités.

Les pays cités plus haut, qui commencent à moderniser leurs appareillages en fonction des nouveautés numérisées devraient nécessairement tenir compte des morphotypes autochtones qui répondent à une architecture crânio-faciale spécifique. Dans ce

cas de figure, les dysmorphoses reflèteront une anomalie dans le morphotype architectural de la dite région géographique. Il est bien évident que certains décalages occlusaux ne répondent pas à une norme architecturale en raison des comportements ethniques socio-culturels de certaines localités (endogamie, tare génétique, avulsion dentaire ...).

#### *Les morphotypes du Nord au Sud*

Si l'on se réfère aux populations contemporaines européennes d'Ile-de-France, réalisés sur plus de 500 clichés téléradiographiques, ils montrent déjà les tendances architecturales et les dysmorphoses rencontrées notamment par une tendance quasi-généralisée en Classe II (Hadjouis, 2003, Carré et al., 2006).

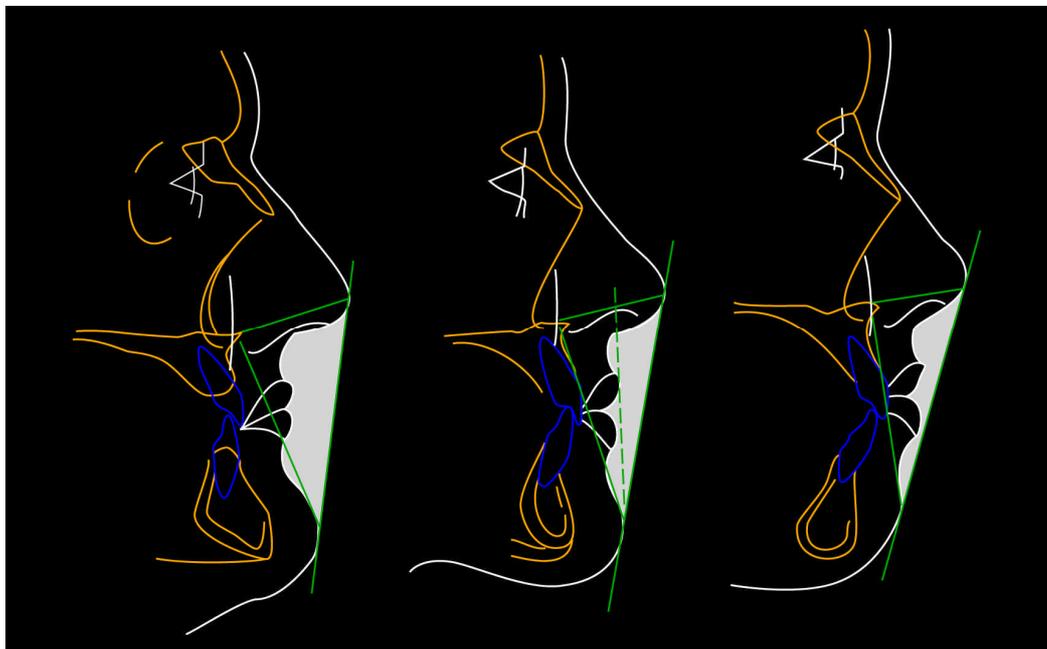
- Un type saharien (dolichocéphale à face longue à très longue)

Il existe également 2 minorités anthropologiques :

- Des brachycéphales à face allongée

- Des méso à dolichocéphales à face courte rappelant les Mechta-Afalou, les anciens Cro-magnonides du Paléolithique supérieur, retrouvés en Algérie et au Maroc.

Les premiers résultats de l'analyse architecturale par téléradiographie de profil que nous avons réalisés sur des algériens vivant en France montre une augmentation de la base du crâne souvent chez les individus de classe 2 (en rétro-mandibulie), une forte tendance hyperdivergente (face longue) ainsi qu'une structure maxillaire toujours orthognathe



**3 morphologies de profil en normocclusion du morphotype européen (ou euro-péide), (d'après Rickettes, 1968, modifié).**

Les travaux de Chamla sur les populations arabo-berbères du Nord de l'Afrique ont montré sur la base de certains indices crâniens notamment l'indice céphalo-facial, qu'environ 80% de ces populations est méditerranéenne avec une représentation de 3 sous-types :

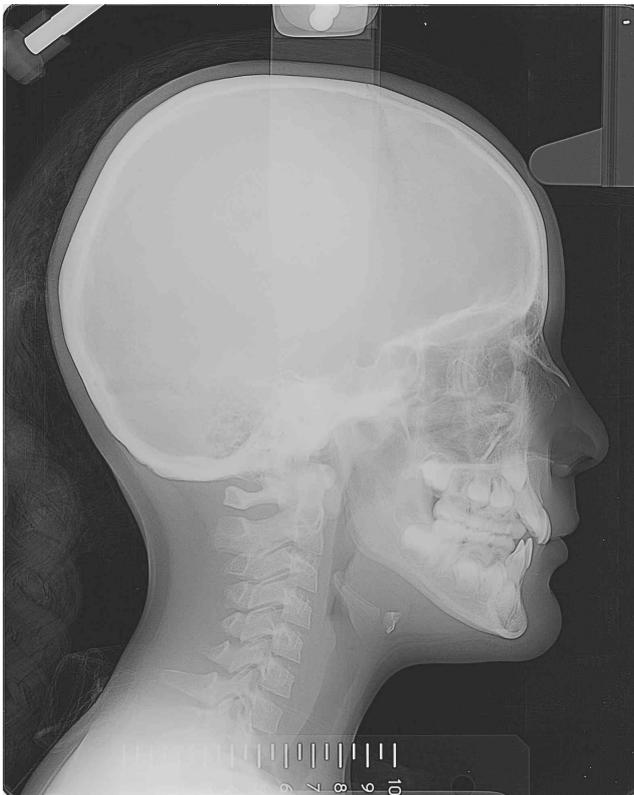
- Un type atlanto-méditerranéen (mésocéphale à face longue à très longue)

- Un type ibéro-insulaire (dolichocéphale à face moyenne à longue)

(Hadjouis, 2007). Les comparaisons entre les populations leucodermes du Nord et mélanofafricaines permettent d'apprécier les rapprochements morphologiques ou certaines différences crânio-faciales qui peuvent exister dans les structures faciales et de dégager les tendances dysmorphiques.

Ainsi les populations sahariennes d'Algérie sont souvent dolichocéphales à face longue à très longue, partageant avec les populations du Nord un même profil occlusal, à savoir une base allongée en normocclusion ou

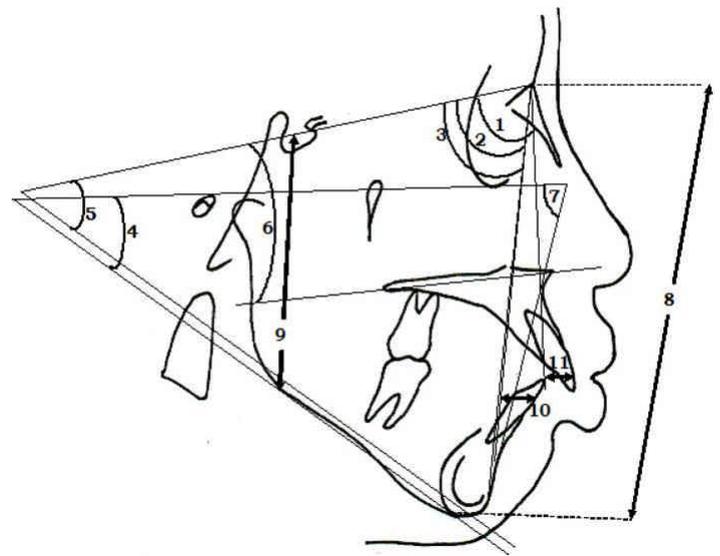
avec une rétrusion mandibulaire et une orthognathie similaire. Chez le tchadien (pays sahélien), on retrouve une tendance mésodivergente (face moyenne), avec une structure maxillaire présentant un prognathisme alvéolo-dentaire modéré accompagné d'une bi-proalvéolie et parfois d'une bi-proalvéolie et bi-prochéilie (Beugre et al. 2005, Sonan et al. 2006). L'ivoirien présente une promaxillie en normocclusion ou en classe 2 et partage avec le sénégalais un important prognathisme alvéolo-dentaire doublé d'une bi-prochéilie (Beugre et al., 2005).



Morphotype du jeune maghrébin (né en France) image téléradiographique  
Banque d'images téléradiographiques Katz-Hadjouis



Morphotype du tchadien, image téléradiographique (Beugre et al., 2005)



Morphotype du sénégalais, analyse architecturale (Beugre et al., 2005)

Au total, il apparaît que si les décalages occlusaux sont désormais repérés et soignés dans les pays du Maghreb et d'Afrique selon des paramètres d'analyses conventionnels, il n'en reste pas moins que les diagnostics céphalométriques sont effectués souvent sans la prise en compte du morphotype architectural crânio-facial (dolichocéphalie, mésocéphalie, brachycéphalie, hyperbrachycéphalie ...) où les trois étages de la face (inférieur, moyen, supérieur) coordonnés à la base du crâne prennent tout leur sens pour une meilleure

thérapeutique fonctionnelle. Par ailleurs, les nouveaux instruments de céphalométrie numérisée utilisés dans les pays occidentaux ont pris une place telle, que l'examen clinique basique est relayé parfois au second plan (Philippe, 2008)

## Bibliographie

Beugre , J.B., Beugre-Kouassi, A.M.L., Sonan, N.K., N'dindin-Guinan, B., Fareou, P., Faure, J., Djaha, K. 2005. Céphalométrie comparative et appréciation esthétique faciale en Afrique noire subsaharienne. *Biom. Hum. et Anthropol.*, 23, 1-2 : 63-72

Carré, H., Hadjouis, D. et Katz, Ph. 2006. Croissance cranio-faciale des populations contemporaines d'Ile-de-France et comparaison avec les des populations médiévales du Val-de-Marne. Poster, *Colloque Rythmes de croissance et fonctions manducatrices chez les hommes fossiles et modernes*, Créteil mars 2006

Hadjouis, D., 2003. Paléanthropologie et Santé publique bucco-dentaire. L'exemple des hommes modernes d'Algérie. *Les nouvelles de l'Archéologie*.

Hadjouis, D., 2007. Banques de données architecturales crânio-faciales et occlusales des hommes de Mechta-Afalou d'Algérie. Contribution à la connaissance de la dynamique architecturale des populations actuelles d'Algérie. Résumé de communication, *1<sup>er</sup> colloque de Préhistoire maghrébine*, Tamanrasset : 26-27

Philippe J., 2008. Evolution de l'Orthodontie, In. *40 ans de chirurgie dentaire, 1968-2008*, Eds Privat, Toulouse : 105-112

Sonan, N.K., Beugre , J.B., Beugre-Kouassi, A.M.L., Aka, A., Kouadio, M., Diakite, K., Djaha, K. 2006. Variabilité céphalométrique d'une anomalie occlusale à l'intérieur de 3 groupes ethniques différents (mélano-africains, maghrébins et leuco-européens). *Biom. Hum. et Anthropol.*, 24, 3-4 : 171-181

## PORTRAIT D'ACTEURS

Jean-Paul Espié

**Valérie BERTAUD-GOUNOT**, Maître de conférences des universités-praticien hospitalier des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires (discipline Santé Publique)

Docteur en Chirurgie Dentaire, Docteur de l'Université de Rennes 1 (PhD) DIU CESAM (Statistiques Appliquées à la Médecine), Ingénieur en Informatique.

### **Pouvez-vous décrire vos activités en 2010 : à la fois vos missions de soins, d'enseignement, et bien sûr celles de recherche ?**

Je suis hospitalo-universitaire depuis 1998. En tant que tel, j'ai à la fois des missions d'enseignement, de soins et de recherche.

J'enseigne la prévention, les biostatistiques, l'analyse critique de la littérature scientifique, l'économie de la santé et l'informatique appliquée à l'odontologie en formation initiale à l'UFR d'Odontologie de Rennes. Je dispense également des cours en Master 2 Recherche (Méthodes de Traitement de l'Information BioMédicale et Hospitalière, mention Santé Publique) et en DU Méthode en Hygiène Appliquée.

Mon activité clinique, au sein de l'Unité Fonctionnelle(U.F.) Santé Publique et Urgences Odontologiques, se partage entre l'UF de Santé Publique et Urgences Odontologiques du CHU de Rennes et le cabinet dentaire du Centre Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie de Rennes (Centre Hospitalier Guillaume Régnier : CHGR).

L'activité clinique au sein des Urgences Odontologiques est éprouvante car nous devons absorber un flux « non prévisible » de patients et la plupart du temps, il s'agit de patients qui souffrent, souvent même anéantis par la douleur et le manque de sommeil. Nous sommes confrontés à la douleur aiguë toute la journée. Mais en même temps, cette activité est très gratifiante au moment où ces mêmes patients repartent soulagés avec le sourire.

### **Et la part de la prévention ?**

La prévention, n'est pas, a priori, une préoccupation des patients que nous prenons en charge et il ne me paraît pas indiqué par

exemple de faire l'enseignement des méthodes de brossage systématiquement. Par contre, la prévention, qu'il s'agisse de prévention primaire ou d'éducation thérapeutique, est pertinente lorsqu'elle est en rapport étroit avec le motif de la consultation. Ainsi, par expérience, il me paraît approprié de dispenser de l'éducation thérapeutique, même aux patients venant en urgence. Un patient victime d'un épisode douloureux tel qu'une pulpite aiguë souhaite plus que tout éviter de revivre cette mauvaise expérience. Il est opportun, après l'avoir soulagé de sa douleur, de faire de l'éducation thérapeutique en l'informant ou en lui rappelant brièvement et simplement le mécanisme physiopathologique, l'étiologie et les moyens d'éviter qu'un tel épisode ne se reproduise.

Concernant toujours l'activité des urgences, nous constatons, une augmentation des patients qui ne viennent qu'en urgence. Il faudrait peut-être des consultations adaptées pour traiter ce type de patients.

### **Vos constats sur les besoins de soins dentaires?**

Le CHGR dispose d'un cabinet dentaire avec 3 fauteuils où sont prodigués des soins pluridisciplinaires à l'état vigile ou sous MEOPA. Devant l'ampleur et surtout le perpétuel recommencement des soins à accomplir, nous sommes rendus compte que l'activité de soin et de prévention individuelle était insuffisante et qu'il fallait envisager des mesures au niveau de l'Hôpital entier. Aussi, avons-nous (avec le Dr Frédérique RICHARD, MCU-PH, Responsable de l'UF Santé Publique et Urgences Odontologiques et le Dr Catherine LESQUIBE, Responsable du Service Médico-Technique du CHGR) commencé par réaliser une enquête épidémiologique pour faire un état des lieux et mettre en évidence les problèmes prioritaires sur un échantillon représentatif de

161 patients [1]. Nous avons constaté que le besoin de soins y est beaucoup plus important que dans la population générale (3 fois plus de caries non traitées, 2,5 fois plus de dents absentes et 2,2 fois moins de dents obturées). La santé bucco-dentaire est importante pour ces patients pour l'état de santé général, la qualité de vie, l'estime de soi. Il est nécessaire de garder les dents le plus longtemps possible car beaucoup de patients ne toléreront pas de prothèse adjointe et resteront édentés.

Il est nécessaire d'améliorer la santé dentaire de cette population. Etant donné la difficulté des soins dentaires chez de nombreux patients, la prévention est essentielle. Nous sommes en train de réaliser des protocoles de prévention adaptés par type de patient. Nous commençons actuellement une étude sur l'efficacité de la promotion et de l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire pour les patients et les soignants en psychiatrie.

Par ailleurs, en collaboration avec l'UFSBD et l'Inspection Académique, nous réalisons régulièrement des études (avec le Dr Frédérique RICHARD et avec l'aide d'étudiants en odontologie) sur l'état de santé bucco-dentaire des enfants de la ville de Rennes. La dernière étude, datant de 2007 [2] a porté sur l'ensemble des élèves de CP et CM2 de toutes les écoles publiques de Rennes (41 écoles dans 12 quartiers). L'atteinte carieuse a diminué depuis notre étude de 1991 mais il persiste des enfants très atteints. Nous sommes encore loin des objectifs de l'OMS pour 2010 : 80% d'indemnes à 6 ans et un CAOD de 1 à 12 ans.

Le facteur de risque « social » apparaît clairement avec des indices carieux liés au type d'école (plus important dans les zones d'éducation prioritaire et surtout dans les zones urbaines sensibles). Plus surprenant, l'indice de traitement était faible puisque seulement 25% des dents atteintes par la carie ont été soignées pour les CP (48% pour les CM2). Est-ce dû à un recours au soin insuffisant : les enfants vont-ils assez souvent chez le dentiste? Est-ce dû à un traitement insuffisant : les chirurgiens-dentistes soignent-ils tous et assez les enfants, qui, on le sait, sont parfois difficiles à soigner?

**Vous développez un travail de recherche au sein de l'unité INSERM U936, pouvez vous le préciser ?**

En effet, mon activité de recherche se réalise principalement au sein de cette unité

« Modélisation Conceptuelle des Connaissances » dirigée par le Pr Anita Burgun. La thématique est la modélisation des données biomédicales, une discipline de la recherche médicale au carrefour de la médecine, de l'informatique, de la génomique, de la philosophie analytique et des sciences du langage. L'équipe conduit des travaux de recherche en méthodologie de la connaissance dont le but est d'intégrer des informations dispersées, hétérogènes pour les transformer en données symboliques interprétables. Pour pouvoir échanger des informations qui aient un contenu compréhensible par tous (humains et machines) et universel, il faut développer de nouvelles méthodes pour structurer et partager la connaissance.

Ma thématique de recherche porte plus particulièrement sur les problèmes de représentation des maladies et des signes et symptômes et la modélisation des relations entre signes et maladies [3].

Je travaille sur la modélisation des connaissances cliniques, radiologiques et biologiques pour l'aide à la décision et au respect des « guides de bonne pratique ». Mon domaine d'application est actuellement celui de la sémiologie des urgences odontologiques.

Je travaille également sur l'automatisation de la sélection des patients éligibles aux essais thérapeutiques en cancérologie (Projet ASTEC). Ceci répond au problème préoccupant de faible recrutement des patients dans ces essais. En effet, le taux d'inclusion est seulement de l'ordre de 3%. Les principaux facteurs identifiés sont la multiplicité des essais cliniques, le nombre et la complexité importante des critères d'inclusion/exclusion, la surcharge de travail que représente pour le praticien une recherche systématique des protocoles auxquels le patient pourrait être éligible.

Le domaine d'application est la cancérologie des voies aéro-digestives supérieures. Les effets attendus sont la promotion de la recherche clinique en oncologie avec l'accroissement du taux d'inclusion et l'obtention plus rapide de résultats d'essais cliniques pour le bénéfice des patients.

**A partir des besoins de santé dentaire de la population que vous décrivez, que pensez-vous de l'organisation et des actions de santé publique dentaire en France ?**

Les actions doivent se tourner vers les populations à risque : les enfants et même les adultes des quartiers défavorisés, des milieux sociaux défavorisés, les personnes âgées dépendantes, les patients en psychiatrie : dépistage, incitation des enfants à aller passer les visites MT'Dent, motivation et enseignement de l'hygiène bucco-dentaire aux patients et aux soignants (dans les établissements médicalisés), des enfants et des enseignants. J'aimerais qu'il y ait des séances de brossage des dents à l'école après le repas puisqu'on demande bien aux enfants de se laver les mains avant le repas.

La santé publique bucco-dentaire en France manque de lisibilité. Elle est morcelée en de multiples acteurs : organismes d'assurance maladie, conseils généraux, villes, UFSBD, ASPBD, Collège des Enseignants Odontologiste en Santé Publique (CNEOSP), UFR d'Odontologie... Je déplore ce morcellement et souhaite plus de synergie grâce à une coordination, des regroupements ou actions communes.

[1] V. Bertaud, C. Lesquibe, F. Richard. Etat de santé bucco-dentaire et besoins de traitements des patients en Hôpital Psychiatrique : Cas du Centre Guillaume Régnier de Rennes. Congrès de la Société Française de Santé Publique, Montpellier, 22-24 Nov 2007. [http://www.med.univ-rennes1.fr/lim/doc\\_231.pdf](http://www.med.univ-rennes1.fr/lim/doc_231.pdf)

[2] V. Bertaud, C. Chevallier, S. Harel, F. Richard. Santé bucco-dentaire des enfants de CP et CM2 de la ville de Rennes en 2007. Congrès de la Société Française de Santé Publique, Nantes, 1-3 Octobre 2009. [http://www.med.univ-rennes1.fr/lim/doc\\_282.pdf](http://www.med.univ-rennes1.fr/lim/doc_282.pdf)

[3] V. Bertaud, J. Lasbleiz, F. Mouglin, F. Marin, A. Burgun, R. Duvauferrier. A Unified Representation of Findings in Clinical Radiology using the UMLS and DICOM. *Int J Med Inform.* 2008 Sep; 77(9):621-9.

**Coordonnées**

Faculté de Chirurgie Dentaire, Prévention, Epidémiologie, Economie de la santé, Odontologie légale (Sous-section 56-03). Université de Rennes1, 2, Avenue du Professeur Léon Bernard (Bat 15), F-35043 Rennes Cedex

**REVUE DE LITTÉRATURE**

Annabelle Tenebaum

**Differences in oral health behaviour between children from high and children from low SES schools in the Netherlands. K.Jerkovic, J.M. Binnekade, J.J. van der Kruk, J.A van der Most, A.CTalsma and C.P. van der Schans**  
*Community Dental Health* 2009 ; 26 : 110-5

La maladie carieuse est depuis longtemps le centre de préoccupation et de recherche tant par son importante morbidité que par ses composantes plurifactorielles. Le niveau socio-économique a été reconnu comme un déterminant important dans le développement de la maladie carieuse. Cet article cherche à identifier les déterminants de la maladie carieuse en évaluant les relations entre statut socio-économique (SSE), habitudes alimentaires et attitudes des parents par rapport à la santé bucco-dentaire.

**Méthode**

Des étudiants hygiénistes ont réalisé des examens cliniques auprès d'enfants de 6 à 10 ans scolarisés dans des zones d'éducation prioritaire. Ils ont relevé les données concernant les lésions carieuses, la plaque dentaire et la durée de brossage. Un questionnaire a également été proposé aux parents, il comprenait 18 questions abordant leurs habitudes alimentaires et leurs comportements en rapport à la santé bucco-dentaire.

**Résultats**

La fréquence du brossage et l'âge à la première visite chez le dentiste furent reconnus comme statistiquement associés à une prévalence carieuse élevée au sein du groupe à faible SSE ; il a également été identifié qu'une quantité importante d'ingestion de jus de fruit et / ou de sodas et un faible apport en calcium étaient des déterminants à risques pour la maladie carieuse.

**Conclusion**

Cette étude confirme que le niveau de prévalence élevé de la maladie carieuse d'enfants scolarisés dans des écoles de faible SSE est associé aux comportements en rapport à la santé bucco-dentaire et aux habitudes alimentaires. Il n'a pas été trouvé de lien statistiquement significatif entre l'attitude des parents et leur statut socio-économique.

Cependant il a été trouvé une relation indirecte de l'influence parentale sur l'éducation et l'apprentissage des habitudes alimentaires et buccales. Par conséquent, il est essentiel d'associer les parents dans les programmes visant à réduire la prévalence de la maladie carieuse.

**School-based intervention to promote preadolescents' gingival health: a community trial. Saied-Moallemi Z, Virtanen JI, Vehkalahti MM, Tehranchi A, Murtomaa H.**  
*Community Dent Oral Epidemiol* 2009 ; 3 : 518-26.

Cet article porte sur une étude réalisée pendant 3 mois sur 457 enfants de 9 ans scolarisés dans 16 écoles de Téhéran, en Iran. Les écoles ont été réparties de manière aléatoire en 4 groupes dont 1 groupe contrôle, chaque groupe comprenant 2 écoles de filles et 2 écoles de garçons. Le 1<sup>er</sup> groupe d'enfants (n=115) bénéficia d'intervention en classe où il leur était demandé de résoudre des énigmes concernant la santé bucco-dentaire, accompagné d'éducateur à la santé. Les enfants du 2<sup>nd</sup> groupe (n=114) encadrés de leurs parents, reçurent une brochure concernant l'éducation à la santé orale et un journal de bord à compléter des différents temps de brossage quotidien. Le 3<sup>ème</sup> groupe (n=111) bénéficia des 2 types d'approche. Le groupe contrôle (n=117) ne reçut aucune intervention. Les résultats des interventions furent évalués en termes d'évolution de la plaque dentaire et du saignement gingival.

**Résultats**

Au départ, aucun des enfants n'étaient exempt de plaque et tous exceptés 3 garçons avaient des saignements. A la fin de l'enquête, l'hygiène orale étaient acceptable de manière plus fréquente dans le groupe encadré par les parents et le groupe avec les 2 approches combinées ; la santé gingivale étaient meilleures dans les tous les groupes comparée au groupe contrôle. Les résultats du groupe avec intervention scolaire seule ne différencient pas du groupe contrôle. L'analyse statistique confirma une forte interaction entre santé gingivale et implication parentale. Dans tous les cas, les filles ont eu des résultats plus significatifs que

les garçons. Le niveau d'éducation des parents n'eut pas d'impact sur les résultats.

### **Conclusion**

Une action d'éducation bucco-dentaire en milieu scolaire aura un impact significativement plus important si elle est simultanément relayée et encadrée par les parents.

des réponses après l'intervention indiquèrent qu'ils n'avaient compris ni la nature ni le but de l'enquête.

### **Consent of older children participating in BASCD coordinated dental epidemiology surveys in Wales. N. Managhan and M.Z. Morgan.**

*Community Dental Health* 2009; 26 : 157-61

Cet article décrit une méthode utilisée au Pays de Galle pour obtenir le consentement d'enfants de plus de 10 ans afin de se conformer aux nouvelles orientations légales. La loi encadrant les dépistages médicaux et dentaires en milieu scolaire est particulièrement complexe. Jusqu'à présent seule la décision parentale étaient requise pour des enfants de moins de 18 ans. Cependant cette approche désengageait l'enfant d'une décision le concernant et était en porte-à-faux avec la convention des droits de l'enfant. Par ailleurs certains concepts attribuent aux enfants de moins de 16 ans la capacité à consentir à des décisions médicales les concernant en fonction de leur niveau de compréhension.

### **Objectif**

L'objectif de cette étude était d'établir une approche plus fiable d'obtention du consentement d'enfants de 12 et 14 ans.

### **Méthode**

Des questionnaires auprès de 6393 enfants de 13-14 ans réalisés en 2002-2003 et 6749 enfants de 11-12 ans en 2004-2005 ont été étudiés. Des questions spécifiques leur étaient posées afin d'établir leur niveau de compétence à accorder un consentement. Ces questions cherchaient à savoir s'ils étaient contents ou non de participer à l'enquête, s'ils en comprenaient la nature et le but et s'ils étaient satisfaits du résultat.

### **Résultats**

99% des enfants des 2 enquêtes étaient heureux de participer à l'étude. Tandis que la majorité des enfants étaient d'accord pour participer, signifiant qu'ils avaient compris ce qu'on leur proposait, approximativement 15%

## AGENDA

### 6èmes journées annuelles de la prévention

8-9/4/2010, Paris

<http://journees-prevention.inpes.fr/index.php>

### Symposium HAS - BMJ : Clinical impact of quality improvement (Impact clinique des programmes d'amélioration de la qualité)

19/04/2010, Nice

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_810280/](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_810280/)

### 2010 Forum "Improving quality, reducing costs

20-23/04/2010, Nice

<http://internationalforum.bmj.com/2010-forum/programme/at-a-glance>

### Congrès ADELFF-EMOIS

22-23/4/2010, Bordeaux

<http://adelf.isped.u-bordeaux2.fr/>

### Congrès de la SFOP : "Education à la santé et odontologie pédiatrique"

21-22/5/2010, Lille

<http://sfop2010.univ-lille2.fr>

### 6èmes Rencontres de l'Institut Renaudot "Faire de la santé ensemble : comment ?"

11-12/06/2010, Toulouse

<http://www.institut-renaudot.fr>

### 7ème Université d'été francophone en santé publique

4-9/07/2010, Besançon

Programme <http://www.urcam.org/fileadmin/FRANCHE-COMTE/univete/docs/preprog2010.pdf>

Inscription <http://www.refips.org/files/europe/besancon2010.pdf>

### 57<sup>ème</sup> congrès de l'ORCA (caries research)

7-10/07/2010, Montpellier

<http://www.orca2010.com/>

### 20th IUHPE world conference on health promotion: health, equity and sustainable development

11-15/07/2010, Genève

<http://www.iuhpeconference.net/>

### 31st annual conference of the international society for clinical biostatistics

29/08-02/09/2010, Montpellier

<http://www.iscb2010.info>

**Rédacteur en chef :** Frédéric COURSON

**Comité de rédaction :** Elvire ANDRIANJAFINTRIMO, Julie BURBAN, Fabien COHEN, Jean-Paul ESPIE, Djillali HADJOUIS, Philippe HUGUES, Jasmine MORETTI, Stéphane PEREZ, Annabelle TENENBAUM, Benoît VARENNE, Jacques VERONNEAU

**Comité scientifique :** Sylvie AZOGUI-LEVY (Paris), Paul BATCHELOR (Londres), Christophe BEDOS (Montréal), Marie-Laure BOY-LEFEVRE (Paris), Annick DEVILLERS (Lille), Mounir DOUMIT (Beyrouth), Marysette FOLLIGUET (Paris), Michèle MULLER-BOLLA (Nice), Cathy NABET (Toulouse), Philippe POISSON (Bordeaux), Virginie RINGA (Paris), Thierry ROCHEREAU (Paris), Mamadou SAMBA (Abidjan), Paul TRAMINI (Montpellier), Stéphanie TUBERT-JEANNIN (Clermont-Ferrand)

Cet exemplaire est strictement réservé à son destinataire et protégé par les lois en vigueur sur le copyright. Toute reproduction et toute diffusion (papier ou mail) sont rigoureusement interdites.