



HAL
open science

Etude prospective sur le besoin d'instaurer la profession d'hygiéniste dentaire en France

Sarah Mangin

► **To cite this version:**

Sarah Mangin. Etude prospective sur le besoin d'instaurer la profession d'hygiéniste dentaire en France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-03297614

HAL Id: hal-03297614

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297614v1>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par

Sarah MANGIN

Née le 09/09/1989 à Épinal (88)

**ÉTUDE PROSPECTIVE SUR LE BESOIN D'INSTAURER
LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE
EN FRANCE**

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juin 2018

Examineurs de la thèse :

Pr. J.M. MARTRETTE	Professeur des Universités	Président
Pr. J.P. LOUIS	Professeur des Universités	Juge
<u>Dr. J. PENAUD</u>	<u>Maître de Conférences des Universités</u>	<u>Directeur de thèse</u>
Dr. E. MORTIER	Maître de Conférences des Universités	Juge
Dr. G. NAUDIN	Docteur en Chirurgie Dentaire	Juge

*Par délibération en date du 11 décembre 1972, la Faculté de
Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées
comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

TABLEAUX ET FIGURES

Tableaux numérotés

Chapitre I

Tableau 1 : Formations disponibles en hygiène dentaire à travers l'Europe de 2008.....	36
Tableau 2 : Exigence de supervision dans la pratique de l'hygiène dentaire en Europe (2007-2008).....	41

Chapitre II

Tableau 3 : Miniature du tableau de coordination figurant en annexe 3	97
Tableau 4 : Réponses à la question 2, soit la proportion d'hommes et de femmes	101
Tableau 5 : Réponses aux questions 5, 6 et 7 (chirurgiens-dentistes)	103
Tableau 6 : Réponses aux questions 44 à 47 (chirurgiens-dentistes français).....	106
Tableau 7 : Réponses à la question 90 (chirurgiens-dentistes français)	107
Tableau 8 : Réponses à la question 89 (chirurgiens-dentistes français)	108
Tableau 9 : Réponses aux questions 56 à 59 (chirurgiens-dentistes étrangers avec hygiéniste dentaire)	111
Tableau 10 : Réponses à la question 81 (chirurgiens-dentistes étrangers).....	113
Tableau 11 : Réponses à la question 116 (infirmier(ère)s).....	116
Tableau 12 : Réponses à la question 117 (infirmier(ère)s).....	117
Tableau 13 : Réponses à la question 118 (infirmier(ère)s).....	117
Tableau 14 : Réponses à la question 119 (infirmier(ère)s).....	118
Tableau 15 : Réponses à la question 133 (infirmier(ère)s).....	120
Tableau 16 : Réponses à la question 136 (infirmier(ère)s).....	120
Tableau 17 : Réponses aux questions 68 à 71 (hygiénistes dentaires).....	122
Tableau 18 : Réponses à la question 76 (hygiénistes dentaires)	123
Tableau 19 : Réponses à la question 130 (assistant(e)s dentaires)	124
Tableau 20 : Réponses à la question 132 (assistant(e)s dentaires)	125
Tableau 21 : Réponses à la question 94 (patients français).....	127
Tableau 22 : Réponses à la question 95 (patients français).....	127
Tableau 23 : Réponses à la question 96 (patients français).....	128

Tableau 24 : Réponses à la question 97 (patients français)	128
Tableau 25 : Réponses à la question 124 (patients français)	129
Tableau 26 : Réponses à la question 126 (patients français)	129
Tableau 27 : Réponses à la question 106 (professionnels de santé).....	130
Tableau 28 : Réponses à la question 107 (professionnels de santé).....	131
Tableau 29 : Réponses à la question 108 (professionnels de santé).....	131
Tableau 30 : Réponses à la question 109 (professionnels de santé).....	132
Tableau 31 : Réponses à la question 127 (professionnels de santé).....	133
Tableau 32 : Réponses à la question 127 (professionnels de santé).....	133
Tableau 33 : Réponses à la question 94 (patients étrangers).....	134
Tableau 34 : Réponses à la question 95 (patients étrangers).....	135
Tableau 35 : Réponses à la question 96 (patients étrangers).....	135
Tableau 36 : Réponses à la question 97 (patients étrangers).....	136
Tableau 37 : Réponses à la question 124 (patients étrangers).....	137
Tableau 38 : Réponses à la question 126 (patients étrangers).....	137
Tableau 39 : Synthèse comparative des réponses relatives à l'organisation des plannings de rendez-vous	151
Tableau 40 : Nombre d'auxiliaires dentaires par dentiste en Europe	152
Tableau 41 : Synthèse comparative des réponses relatives aux connaissances et à la pratique de l'hygiène bucco-dentaire	158
Tableau 42 : Utilisation et connaissance des instruments d'hygiène dentaire (fil et brossettes) des patients français ayant déclaré avoir reçu un enseignement à l'hygiène.....	160
Tableau 43 : Synthèse comparative du temps de travail des infirmier(ère)s	161
Tableau 44 : Synthèse comparative des revenus des infirmier(ère)s.....	161

Chapitre III

Tableau 45 : Comparaison d'indicateurs de santé de quatre pays européens	170
Tableau 46 : Ensemble des réponses aux questions 126 et 129 (PG)	177
Tableau 47 : Moyennes des réponses aux questions 10 et 11 (chirurgiens-dentistes français)	191
Tableau 48 : Classification des facteurs généraux influençant l'offre et la demande de soins en France.....	195
Tableau 49 : Synthèse des hypothèses d'évolutions possibles de l'APL	196
Tableau 50 : Coût des soins conservateurs (hors rémunération du chirurgien-dentiste).....	201
Tableau 51 : Risques et conséquences d'un défaut d'hygiène bucco-dentaire	214
Tableau 52 : Prévalence, incidence et nombre de décès en France, relatifs à certaines pathologies générales qui ont un lien soupçonné ou avéré avec la santé bucco-dentaire. ..	215

Tableau 53 : Prévalences du surpoids et de l'obésité selon le sexe en grande section de maternelle et en CM2 (en %)	221
Tableau 54 : Nouvelles recommandations de l'OMS en matière d'activité physique	222
Tableau 55 : Bases de calcul des simulations financières prospectives	237
Tableau 56 : Compte de résultat analytique prévisionnel relatif à l'embauche d'une hygiéniste dentaire en salariat dans un cabinet dentaire	241
Tableau 57 : Fréquence en pourcentage des actes délégués par les chirurgiens-dentistes du CNSD à leurs salariés	245

Figures numérotées

Chapitre I

Figure 1 : Répartition des hygiénistes dentaires en Europe	30
Figure 2 : Affiche publicitaire humoristique de l'ACHD pour encourager les hygiénistes dentaires à participer à la vie publique de la profession	45
Figure 3 : La carie dentaire est une maladie multifactorielle	51
Figure 4 : Schéma de l'effet « boule de neige » de l'inflammation parodontale et moyens d'intervention	57
Figure 5 : Plan de traitement parodontal	65

Chapitre II

Figure 6 : Le visuel qu'a l'administrateur sur le sondage n'est pas le même que celui du participant (exemple)	89
Figure 7 : Représentation miniature de l'annexe 2 : Organigramme des rubriques	95
Figure 8 : Exemple du rendu visuel d'un résultat Google Forms	98
Figure 9 : Exemple du rendu visuel d'un résultat Google Forms	98
Figure 10 : Exemple du rendu visuel d'un résultat Google Forms	98
Figure 11 : Pyramide des âges des répondants, groupés par catégorie professionnelle	101
Figure 12 : Nombre et pourcentage de répondants par catégorie professionnelle	102
Figure 13 : Réponses à la question 8, soit le nombre de dentistes exerçant en France ayant répondu au sondage, par département	104
Figure 14 : Réponses à la question 9 (chirurgiens-dentistes français)	104
Figure 15 : Réponses à la question 15 (chirurgiens-dentistes français)	105
Figure 16 : Réponses à la question 43 (chirurgiens-dentistes français)	106
Figure 17 : Réponses à la question 48 (chirurgiens-dentistes français)	106

Figure 18 : Réponses à la question 85 « Pensez-vous qu'il devrait y avoir des hygiénistes dentaires en France ? » (chirurgiens-dentistes français).....	107
Figure 19 : Réponses aux questions 87 et 88 : Conditions de délégation des actes (chirurgiens-dentistes français)	108
Figure 20 : Réponses à la question 31 (chirurgiens-dentistes étrangers)	109
Figure 21 : Réponses à la question 50 (chirurgiens-dentistes étrangers avec hygiéniste dentaire).....	110
Figure 22 : Réponses à la question 55 (chirurgiens-dentistes étrangers avec hygiéniste dentaire).....	111
Figure 23 : Réponses aux questions 79 et 80 : Conditions de délégation des actes (chirurgiens-dentistes étrangers)	113
Figure 24 : Réponses à la question 29 (infirmier(ère)s)	119
Figure 25 : Réponses à la question 30 (infirmier(ère)s)	119
Figure 26 : Réponses à la question 135 (infirmier(ère)s)	120
Figure 27 : Réponses à la question 61 (hygiénistes dentaires).....	121
Figure 28 : Réponses à la question 67 (hygiénistes dentaires).....	122
Figure 29 : Réponse aux questions 74 et 75 : Conditions de délégation des actes (hygiénistes dentaires)	123
Figure 30 : Réponses à la question 84 (assistant(e)s dentaires)	124
Figure 31 : Réponses à la question 131 « Pensez-vous que le métier d'hygiéniste dentaire devrait exister en France ? » (Assistant(e)s dentaires)	125
Figure 32 : Réponses à la question 102 (patients français)	129
Figure 33 : Réponses à la question 125 « Souhaiteriez-vous avoir accès, en France, aux soins d'une hygiéniste dentaire ? » (Patients français)	129
Figure 34 : Réponses à la question 114 (professionnels de santé).....	132
Figure 35 : Réponses à la question 128 « Souhaiteriez-vous avoir accès, en France, aux soins d'une hygiéniste dentaire ? » (Professionnels de santé).....	133
Figure 36 : Réponses à la question 102 (patients étrangers).....	136
Figure 37 : Réponses à la question 125 « Souhaiteriez-vous avoir accès, en France, aux soins d'une hygiéniste dentaire ? » (Patients étrangers).....	137
Figure 38 (rappel : figure 13)	138
Figure 39 : Densité départementale des chirurgiens-dentistes en activité au 1er Janvier 2016	138
Figure 40 : Pyramide des âges qu'avaient, en 2015, les chirurgiens-dentistes sondés exerçant en France	139
Figure 41 : Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes en activité en 2013	139
Figure 42 : Résultats du sondage des chirurgiens-dentistes français exerçant à l'étranger et en France, vis-à-vis de la création du métier d'hygiéniste dentaire	143

Figure 43 : Conditions de délégation des actes : réponses des chirurgiens-dentistes s'étant déclarés POUR la création du métier d'hygiéniste dentaire.	144
Figure 44 : Conditions de délégation des actes : réponses des chirurgiens-dentistes s'étant déclarés CONTRE la création du métier d'hygiéniste dentaire.	147
Figure 45 : Conditions de délégation des actes : réponses des chirurgiens-dentistes NE S'ÉTANT PAS PRONONCÉS sur la création du métier d'hygiéniste dentaire.....	149
Figure 46 : Répartition des types d'activités dans la pratique des 263 chirurgiens-dentistes diplômés exerçant en France	150
Figure 47 : Nombre d'assistant(e)s dentaires (A) par dentiste (D) en France (courbe du nombre des différentes valeurs de A/D) dans les cabinets libéraux	152

Chapitre III

Figure 48 : Indice CAO moyen chez les enfants de 12 ans des pays européens.....	166
Figure 49 : évolution différentielle de l'indice CAO entre l'Allemagne et la France, de 1989 à 2006	171
Figure 50 : Somme des réponses positives et négatives à la question « Pensez-vous que le métier d'hygiéniste dentaire devrait exister en France ? » parmi les populations (P), (S), (I) et (A)	177
Figure 51 : Ensemble des réponses aux questions 125 et 128 (PG)	181
Figure 52 : Nombre moyen d'actes remboursés en 2012 par habitant et par région en fonction de la densité des chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants	182
Figure 53 : Fréquence de la consommation de boissons sucrées de (PG) selon les réponses aux questions 95 et 107	185
Figure 54 : Effectifs et densité de chirurgiens-dentistes de 1971 à 2013	189
Figure 55 : Densité des chirurgiens-dentistes par département	190
Figure 56 : Indicateur d'APL des chirurgiens-dentistes libéraux en 2013	190
Figure 57 : Évolution de la part des diplômés à l'étranger selon leur date de première inscription à l'Ordre.....	192
Figure 58 : Évolution du nombre de premières inscriptions à l'Ordre selon l'année d'obtention du diplôme et le numérus clausus d'odontologie 5 ans avant	192
Figure 59 : Nombre de patients pris en charge par semaine par les chirurgiens-dentistes interrogés.....	204
Figure 60 : État de santé des praticiens au cours des cinq dernières années.....	205
Figure 61 : Proportion de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement ayant bénéficié des examens recommandés, en 2001, en 2007 et en 2013.....	216



TABLE DES ABRÉVIATIONS

☞ Abréviations liées au sondage :

- D = population des chirurgiens-dentistes français, étrangers et étudiants, parmi les sondés
- I = population des infirmier(ère)s, parmi les sondés
- H = population des hygiénistes dentaires, parmi les sondés
- A = population des assistant(e)s dentaires, parmi les sondés
- S = population des autres professionnels de santé, parmi les sondés
- P = population générale, n'appartenant à aucun autre groupe, parmi les sondés

☞ ACHD = Association Canadienne des Hygiénistes Dentaires (*cf.* CDHA)

☞ ADA = *American Dental Association*

☞ ADHA = *American Dental Hygienist Association*

☞ BMR = Bactérie Multi-Résistante

☞ CA = Chiffre d'Affaire

☞ CDHA = *Canadian Dental Hygienists Association* (*cf.* ACDH)

☞ CSP = Code de la Santé Publique

☞ CSCT = Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique

☞ DREES = Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

☞ ECST = *European Credit Transfer System*

☞ IFDH = *International Federation of Dental Hygienist*

☞ OMS = Organisation Mondiale de la Santé (*cf.* WHO)

☞ ONDPS = Observatoire National de Démographie des Professions de Santé

☞ OSC = *Odontological Society of Connecticut*

☞ QCM = Question à Choix Multiples

☞ RATB = Résistance aux Antibiotiques

☞ TPS = Thérapie Parodontale de Soutien

☞ UFSBD = Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

☞ VIH = Virus d'Immunodéficience Humaine

☞ WHO = World Health Organisation (*cf.* OMS)

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La santé a toujours été une préoccupation capitale des peuples et de leurs législateurs, indiscutable valeur individuelle et sociétale. À l'origine de cet intérêt se trouve le fondement de toutes les espèces du vivant : l'instinct de survie. À travers les siècles, nous troquâmes l'instinct contre l'assemblage des savoirs et l'organisation des compétences, et la survie contre le maintien d'une santé optimale grâce aux connaissances et techniques des sciences médicales. Ces dernières, depuis un essor paroxystique au XXe siècle, continuent de se développer et de se perfectionner ; certaines affections ont été jugulées, d'autres éradiquées, l'espérance de vie a été repoussée et les objectifs de santé, ainsi que les exigences en matière de confort physique, ont évolué de concert.

Parallèlement, cette mutation du spectre des maladies préoccupantes a laissé émerger de nouvelles pathologies vectrices de morbidité et de mortalité. L'incidence croissante des cancers et des troubles dégénératifs, des résistances aux antibiotiques et les inégalités d'accès aux soins sont autant de fléaux qui peuplent ce nouveau paysage des problématiques de Santé Publique. Par le vieillissement de la population, la survie en bonne santé est aujourd'hui un « marathon » qui demande sans cesse plus d'endurance et de pugnacité : quand la prévention est devenue une nécessité, elle a su prendre place tenante dans les mœurs.

Nous savons, de plus en plus rigoureusement, que santé générale et santé bucco-dentaire sont intimement intriquées. Par les facteurs de risque communs à ces dernières, et les répercussions qu'elles ont l'une vis-à-vis de l'autre, la prévention bucco-dentaire induit, par ses préconisations, non seulement la protection des dents et du parodonte, mais aussi le maintien d'un esprit sain dans un corps sain. Il existe, dans de nombreux pays, des professionnels exclusivement consacrés à la prévention, spécialistes de l'hygiène bucco-dentaire et de l'hygiène de vie : les hygiénistes dentaires.

Or, ce métier n'existe pas en France, et n'y est pas autorisé.

Nous allons, dans cette thèse, examiner ce qui définit le métier d'hygiéniste dentaire, puis analyser les réponses d'un sondage proposé aux patients français et aux professionnels de santé, dentistes ou non ; et enfin, nous allons essayer d'imaginer ce que pourrait représenter la création de cette profession dans notre pays.

Étude prospective sur le besoin d'instaurer la profession d'hygiéniste dentaire en France

Chapitre I :

Présentation du métier d'hygiéniste dentaire (p. 27)

1. Histoire de la Profession d'hygiéniste dentaire
2. Activité professionnelle d'un auxiliaire de prévention en secteur privé
3. Activité professionnelle d'un auxiliaire de prévention en secteur public

Chapitre II :

Le sondage sur les hygiénistes dentaires (p. 85)

1. La création du sondage
2. Questions posées et statistiques sur les réponses
3. Croisement, analyse et synthèse des résultats

Chapitre III :

Confrontation des réponses du sondage au contexte médico-économique français (p. 165)

1. La prévention bucco-dentaire chez les Français
2. Situation professionnelle des chirurgiens-dentistes
3. Hypothèse de la création d'un métier d'auxiliaire de prévention bucco-dentaire français et conséquences

L'HYGIÉNISTE DENTAIRE

Avec la diffusion à grande échelle des recommandations à l'hygiène bucco-dentaire, en particulier par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), les besoins d'une proportion croissante de patients se situent au niveau d'un accompagnement personnalisé dans le perfectionnement de leur hygiène bucco-dentaire et de leur hygiène de vie.

De nombreux pays se sont adaptés à cette demande en favorisant un mode de travail collaboratif entre chirurgiens-dentistes et auxiliaires de santé bucco-dentaire, en particulier grâce à la présence d'hygiénistes dentaires dans les équipes de soin.

Ces derniers sont des professionnels de santé à qui le chirurgien-dentiste peut déléguer un certain nombre d'actes, à condition de contrôler leur travail et de s'en porter garant. Le rôle de l'hygiéniste se joue dans le cadre de la prévention bucco-dentaire, et consiste à dépister et intervenir sur les problèmes débutants, optimiser le nettoyage minutieux des dents (et ainsi limiter l'apparition de foyers infectieux), et informer des conduites à tenir pour maintenir une bonne santé bucco-dentaire et une bonne santé en générale.

Il est assez perturbant de voir nos confrères de la quasi-totalité des pays européens travailler sereinement aux côtés d'un nombre croissant d'hygiénistes, pendant qu'en France, à défaut de pouvoir en déléguer, l'ensemble des actes de prévention et d'intervention incombent au dentiste seul.

Dans un contexte politico-économique tendu, où les syndicats dentaires doivent se battre contre le législateur pour espérer travailler dans des conditions décentes, nous nous sommes intéressés à une profession d'auxiliaires qui passionne les débats en France depuis quatre décennies. En effet, la polémique se positionne à la croisée des problèmes démographiques, de disponibilité des soins de prévention, et de rentabilité du cabinet dentaire.

Le métier d'hygiéniste dentaire étant exercé à plus de 98% par des femmes, nous avons choisi par convenance d'utiliser le genre féminin pour en parler.

1. Histoire de la profession d'hygiéniste dentaire

1.1 Origines et développement d'un métier féminin

1.1.1 Les premières apparitions

- ✎ Bien qu'un livre écrit en Angleterre en 1752 décrive le rôle d'un groupe de femmes promulguant les « bonnes pratiques dentaires », le métier d'hygiéniste dentaire est relativement récent. Son apparition répond à un besoin d'étendre le champ d'action de la dentisterie, besoin ressenti par certains dentistes américains du XIXe siècle.
 - En effet, les écrits du Dr. Fones, en 1926, relatent les prémices de cette profession dès 1843 ; époque à laquelle, spontanément et sans réglementation, des dentistes déléguaient les tâches « nécessitant l'instinct maternel de l'éducation de l'hygiène » à leurs assistantes [28].
 - En 1891, le Dr. Atkinson s'inspira de nombreux traités ajoutés à son expérience pour établir les fondements de la pratique de la prévention bucco-dentaire, articulés selon les trois axes du concept [70] :
 - La diététique
 - L'éducation
 - L'hygiène
 - Ces nouveaux concepts de prévention, comme les autres actes bucco-dentaires, dépendent de la responsabilité des chirurgiens-dentistes ; mais ceux-ci, certainement par bienveillance, ont tendance à confier ces tâches d'enseignements à leur assistante.

- ✎ Devant la multiplication des cas de délégation de tâche des chirurgiens-dentistes, l'*Odontological Society of Connecticut* (OSC) désapprouve publiquement cette pratique en 1902, puis la déclare illégale, en dépit d'un amendement voté à son encontre. Cette courte « victoire » de l'OSC enflamma la ténacité du Dr. Fones.
 - Alfred Civialon Fones (1869-1938), fils du premier « dentiste commissaire » de la ville de Bridgeport, obtint son diplôme en 1890, à l'Université de Dentisterie de New York. [Source : www.en.wikipedia.org, en ligne]

- Comme de plus en plus de chirurgiens-dentistes de l'époque, il avait acquis l'habitude de déléguer certains actes à son assistante, qui était par ailleurs sa cousine : Mme. Irene M. Newman.
 - Les tâches de cette dernière consistaient principalement à la prise en charge de l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire, en particulier chez les enfants.
 - Régulièrement, pendant son exercice au fauteuil, le Dr. Fones lui expliquait la technique et les gestes du nettoyage dentaire professionnel : le détartrage.
- Progressivement, il commença lui déléguer sous sa supervision cet acte prophylactique, et, en 1906, elle était devenue la première hygiéniste dentaire connue de l'histoire.

1.1.2 Officialisation : le combat de Alfred C. Fones [23]

- ☞ En 1906, il organisa la première formation d'hygiénistes dentaires, où il enseignait lui-même avec son assistante, et dont les premières étudiantes sortirent en 1909.
 - C'est d'ailleurs grâce aux résultats du travail de Mme. Newman chez les enfants, résultats obtenus illégalement à l'époque, qu'il put convaincre progressivement du bien-fondé de son entreprise.
 - Mais l'appréhension de ce nouveau concept « d'infirmière dentaire » laissa les dentistes perplexes et les jeunes femmes eurent quelques difficultés à travailler comme hygiéniste dentaire dans les premiers temps.
- ☞ Quatre ans plus tard, son hypothèse de départ rendue possible par ses propres efforts, il obtint le support de l'*American Dental Association* (ADA).
 - En 1913 est fondée la première école et clinique d'hygiénistes dentaires : c'est donc au Connecticut, c'est-à-dire là où elle fut, à l'époque, le plus vigoureusement combattue, que la profession verra officiellement le jour.
 - Cette même année, pour représenter la profession d'hygiéniste dentaire, ayant rapidement obtenu le support de l'ADA, fut créée l'*American Dental Hygienist Association* (ADHA).
- ☞ Le Docteur Alfred C. Fones a eu l'audace de tenir tête à l'OSC et y aura obtenu le dernier mot. C'est ainsi que, du 20 au 23 juin 2018 aura lieu la 95^e Conférence annuelle de l'ADHA.

1.1.3 Le tour du monde en 80 ans

- ✎ À travers le monde, certains pays ont vite adopté la pratique de l'hygiène comme un métier à part entière, et ont joué un rôle instigateur dans son expansion.
 - En Europe, la Norvège fut le premier pays à opter pour les hygiénistes dentaires en 1923, avec une première école à Oslo, unique jusque dans les années 60, où deux écoles supplémentaires ouvrirent.
 - Cependant, malgré de grandes ressemblances avec le modèle américain, le statut juridique des hygiénistes dentaires ne sera établi qu'en 1979.
 - Suivront l'Angleterre, avec la création d'écoles en 1949, les pays nordiques dans les années 70, puis le reste des pays Européens... à quelques exceptions près.
 - Aujourd'hui, avec la légalisation récente des hygiénistes dentaires en Belgique, seulement 4 pays sur les 28 de l'Union européenne s'opposent (encore) à la pratique de l'hygiéniste dentaire : la Grèce, le Liechtenstein, le Luxembourg, et la France.



Figure 1 : Répartition des hygiénistes dentaires en Europe

[Source : document personnel]

- Parallèlement, c'est en partance de la Nouvelle-Zélande, dans les années 1910, que la profession s'est répandue à notre antipode. Par nécessité, due à un cruel manque de dentistes, l'enseignement de l'hygiène fut de prime abord dispensé par les infirmières. Une décennie plus tard, en 1921, s'établira la première école. Il faudra en revanche attendre l'émergence alarmante des parodontopathies pour voir le métier d'hygiéniste dentaire officiellement reconnu et légiféré en 1970.

- ☞ Cf. [Annexe 1](#) : Compilation de valeurs statistiques sur la démographie et la pratique des professions d'hygiéniste dentaire dans les Pays membres de l'UE et sept autres pays.
 - Dans ce tableau, nous avons fait figurer les derniers chiffres démographiques disponibles de la littérature, mais dans un souci de lisibilité, les données sur la fiabilité relative de ces chiffres et de ces dates n'y figurent pas.
 - En outre, l'organisation des soins bucco-dentaires révélant une grande variabilité d'un pays à l'autre, une analyse trop précise serait fourvoyée (par exemple, il existe au Canada une dizaine de professions bucco-dentaires, en plus des spécialités).
 - Il est recommandé de considérer les valeurs inscrites dans ce tableau en tant qu'ordres de grandeur.

- ☞ Enfin, grâce à la convergence du Canada, des USA, du Japon, du Royaume-Uni, de la Norvège, de la Suède, et des Pays-Bas lors du comité international de liaison sur l'hygiène dentaire de 1973, est créée le 28 juin 1986 l'*International Federation of Dental Hygienist* (IFDH) à Oslo, en Norvège. Elle compte aujourd'hui une trentaine de pays membres, de tous les continents. [72]
 - L'IFDH est une fédération activement impliquée en santé publique. Installant, d'une part, ses satellites la représentant dans de plus en plus nombreux pays membres, et d'autre part, travaillant étroitement avec l'OMS, elle participe à la globalisation et la transmission des informations de prévention bucco-dentaire.
 - Un des pays où elle est le mieux représentée est le Canada, dont l'histoire du métier d'hygiéniste dentaire a connu une chronologie précoce très similaire à celle des Etats-Unis. Elle y agit en directe collaboration avec l'ACHD, l'Association Canadienne des Hygiénistes Dentaires (aussi nommée *Canadian Dental Hygienist Association*, ou *CDHA* en accord avec le bilinguisme officiel de cette nation).

1.2 Caractéristiques de la profession à travers le monde

1.2.1 Capacités et qualités requises des hygiénistes

- Exemples de Suisse et d'Ontario

☞ Le portail officiel suisse d'information sur les orientations professionnelles assiste les jeunes dans leur choix à l'aide de multiples critères. De la page sur l'hygiéniste dentaire, nous apprenons que les qualités recommandées pour envisager ce métier sont les suivantes (source : <https://www.orientation.ch/dyn/show/1418>) :

- Désir de soigner les autres
- Capacité à mettre en confiance autrui
- Habileté manuelle
- Bonne acuité visuelle
- Capacité de concentration
- Hygiène et propreté

☞ De même, le site équivalent canadien de l'Ontario nous précise qu'une hygiéniste dentaire doit avoir : (source : <http://www.carrieresensante.info>)

- Une bonne dextérité et de la coordination
- Des aptitudes pour le travail d'équipe et la résolution de problèmes
- Un bon sens analytique et des aptitudes pour la communication
- De la maturité, le sens des responsabilités et de la patience
- Le souci du détail et de la précision

- Pologne : synthèse des caractéristiques de l'hygiéniste dentaire

☞ Par une publication très récente de la revue intitulée *Journal of Clinical Healthcare* [8], « Les tâches de l'hygiéniste dentaire dans la prophylaxie pour la santé » (en anglais dans le texte : « *The tasks of a dental hygienist in pro-health prophylaxis* »), les auteurs ont synthétisé les rôles les plus importants de l'hygiéniste dentaire dans le cadre d'une équipe de stomatologie polonaise.

- Ce texte exhaustif décrit précisément (et parfois très précisément) les traits de caractère et les compétences humaines que doit posséder un hygiéniste dentaire.

Nous l'avons traduit du polonais à l'aide d'un traducteur informatique, puis reformulé tant bien que mal ci-dessous :

- ☞ « Le travail d'une hygiéniste dentaire est spécifique, en raison de sa complexité. Par conséquent, la personne effectuant cette fonction doit posséder certaines caractéristiques personnelles :
- La capacité à s'adapter aux imprévus durant les soins
 - Les procédures dentaires ne sont jamais complètement prévisibles, comme tous les autres traitements effectués sur un organisme vivant : l'hygiéniste dentaire doit encourager ses capacités d'adaptation.
 - Elle doit savoir garder son sang-froid en toute circonstance, et s'occuper habilement de toutes les tâches à effectuer pendant les procédures, en autonomie ou en assistant le chirurgien-dentiste, sans jamais paniquer.
 - Une forte personnalité
 - L'hygiéniste doit être capable de transmettre le contenu et les directives aux patients avec une confiance et une certitude inaltérables, et doit s'assurer que les mots choisis soient convaincants et crédibles.
 - Une forte personnalité sera également utile vis-à-vis des patients réfractaires aux conseils ou aux préconisations de traitement, cette qualité peut sensiblement venir en aide au chirurgien-dentiste.
 - D'excellentes manières
 - L'hygiéniste doit être cultivée et de bonne instruction, la capacité de se comporter de façon adéquate face à tout type de patient étant très importante dans cette profession.
 - De plus, les patients se sentent plus facilement à l'aise lorsqu'ils ont affaire à une personne bien élevée.
 - Des compétences en communication
 - L'aptitude à discuter avec le patient lui permettra de gagner la confiance de celui-ci, les techniques de communication et la forme donnée au discours devant être adaptées à chaque patient.
 - De plus, un profil communicatif permettra de décrypter, chez le patient, certains traits de caractère qui pourraient potentiellement poser des difficultés dans la relation patient-soignant.
 - La ponctualité
 - L'hygiéniste travaillant au sein d'une équipe, un retard se répercuterait sur toute l'organisation de celle-ci.

- Cette qualité est très importante dans la profession en question. Faire attendre un patient implique de faire attendre tous les patients suivants.
- Démonstration de l'initiative
 - L'hygiéniste doit offrir aux patients autant de solutions qu'il en existe pour répondre à une situation donnée.
 - Beaucoup de patients qui consultent au cabinet dentaire veulent simplement qu'on résolve leur problème et partir rapidement. Cependant, l'hygiéniste doit faire des propositions de changement pour le mieux (par exemple, en proposant des traitements préventifs).
- Une bonne santé
 - L'hygiéniste doit aussi avoir une bonne santé générale. Cela a un impact sur la qualité de son travail et sur son efficacité, ainsi que sur sa participation aux actes réalisés par le chirurgien-dentiste.
 - En outre, les patients consultant pour une chirurgie ne seraient pas satisfaits de fréquenter un membre du personnel fatigué et malade.
- L'honnêteté
 - Une qualité très souhaitable dans le sujet discuté, principalement pour le bien-être des patients : l'hygiéniste devra fournir aux patients des informations fiables et réelles sur leur état ou sur les procédures qu'ils subiront.
 - Il ne peut utiliser l'ignorance du patient pour le pousser à des actions ou des activités déraisonnables, parce que les patients doivent avoir l'assurance de se trouver entre de bonnes mains, honnêtes et compétentes.
- Une belle personnalité
 - Une personne qui exerce les fonctions d'hygiéniste dentaire doit être caractérisée par une nature amicale, souriante, agréable et enjouée.
 - Elle devra être heureuse de parler avec plaisir aux patients, elle leur inspirera confiance et leur donnera la conviction qu'ils sont venus au bon endroit.
- Une apparence décente
 - Un hygiéniste dentaire doit avoir une bonne apparence.
 - Avant tout, l'état de ses dents doit être une confirmation de la justesse des traitements dont il parle et qu'il exécute. » [8].

☞ L'hygiéniste dentaire n'a pas d'intérêt financier quand elle recommande des soins, et ainsi sa position de salariée lui donne une vraie crédibilité et une image de porte-parole aux yeux du patient, ce qui peut expliquer les degrés d'exigence que nous avons vu.

- La communication : une qualité humaine « de choix »

- ☞ Dans tous les pays proposant des formations au métier d'hygiéniste dentaire, cette vocation attire plus favorablement des personnes souhaitant mettre à profit leurs qualités humaines d'écoute, de patience et de communication.
 - En effet, étant un métier dédié spécifiquement à la prévention, il intéresse ceux et celles qui se connaissent des aptitudes particulières dans l'accompagnement et le soin de la personne.
 - La volonté de choisir ce type de vocation évoque des traits de personnalité en accord avec la description du métier lui-même. L'altruisme, l'abnégation, la philanthropie, sont autant de qualités humaines que l'on peut s'attendre à retrouver chez un ou une hygiéniste dentaire.
 - Ces qualités sont alors des atouts déterminants dans la pratique de la prophylaxie, particulièrement nécessaire pour gagner la confiance des patients et leur donner la volonté d'améliorer leur hygiène de vie.
- ☞ Au cours de l'écriture de cette thèse, nous avons rencontré quelques hygiénistes dentaires, venant du Québec, d'Italie, de Suède et de Nouvelle Zélande, et il fut surprenant de constater que toutes ces femmes dégageaient une douceur bienveillante et une gentillesse attentionnée hors du commun.

1.2.2 Compétences acquises, formations et diplômes

- Centres de formation des hygiénistes dentaires en Europe

D'après deux articles de l'*International Journal of Dental Hygiene* [38 ; 39]

- ☞ La plupart des pays possédant des hygiénistes dentaires ont légiféré cette profession et établi des centres de formation, mais ce n'est pas le cas de tous.
 - Dans le cas de l'Islande, les premières hygiénistes dentaires qui s'y installèrent en 1978 venaient des USA.
 - Actuellement, les Islandais souhaitant obtenir leur diplôme d'hygiène dentaire se forment majoritairement au Danemark ou en Suède. Les hygiénistes travaillent sous la supervision d'un dentiste mais sont responsables de leurs actes.

☞ A l'inverse, le Royaume Uni et l'Italie proposent chacun 20 programmes de trois ans de formation, aboutissant sur un niveau Master du système ECST.

- Au Royaume Uni, le diplôme permet aux hygiénistes dentaires de travailler en pratique indépendante référée, c'est-à-dire que les patients doivent leur être adressés par un dentiste.
- A l'instar du Danemark, de la Finlande, des Pays-Bas, de la Norvège et de la Suède, les hygiénistes dentaires italiennes bénéficient de l'autorisation de pratiquer en toute indépendance.

☞ Le tableau 1 récapitule la diversité des situations concernant l'encadrement de la profession d'hygiéniste dentaire en Europe. On y trouve :

- Les caractéristiques des formations pour chacun des pays européens
 - Le nombre de programmes de formation au métier d'hygiéniste dentaire
 - Le nombre d'années d'étude composant ces programmes
 - Le nombre de diplômes accessibles
 - Le nombre de « baccalauréats d'hygiéniste dentaire », équivalent ou non au système européen de transfert de crédit (ECTS)
- Les changements législatifs attendus en 2008.

Tableau 1 : Formations disponibles en hygiène dentaire à travers l'Europe de 2008

[Source : Luciak-Donsberger, Eaton, 2009]

Country	Number of programmes	Study duration in years	Diploma	BA Degree	Expected changes
Czech Rep.	3	3	3	BA*	
Croatia	–	–	–	–	BA* programme pending
Denmark	2	2.5 and 3.5	1	1*	BA entry discussed
Finland	5	3.5	–	All*	
Germany	0 [†]	? [‡]	–	–	1 BA pending 2009/10
Hungary	3	2 and 3 [‡]	3	–	BA* pending 2009/10
Iceland [§]	–	–	–	–	1 BA* 2009
Ireland	2	2	2	–	1 BA* pending
Italy	20	3	15	5*	MA in DH pending
Latvia	1	1 + 2 and 2 + 2 [†]	1	–	BA programme planned
Lithuania	2	3 and 4	1	1	Change BA to ECTS
Malta**	–	–	–	–	2- to 3-year programme pending
The Netherlands	4	4 ^{††}	–	All*	
Norway	3	3	–	All*	MA and PhD pending
Poland	2	3	2	0 ^{††}	BA planned
Portugal	2	3	–	All*	
Romania	Missing	3 [‡]	All	–	
Spain	Missing	3	Missing	Missing	Missing
Slovenia	1	2	–	–	Diploma pending
Slovakia	1	3	–	All*	
Sweden	8	2 ^{§§} and 3	8	7*	BA* entry pending MA in DH
Switzerland	4	3	4	–	Expanded curriculum
UK	20	2.5 and 3	16 dual ^{††}	4*	More BA* programmes pend.

BA, Bachelor degree; MA, Master degree.

*BA degree programmes adapted to European Credit Transfer System (ECTS).

[†]One 3-year Swiss style Diploma programme was closed in 2006.

[‡]CE model for dental assistants.

[§]Foreign educated DHs are legally registered to work in Iceland.

^{††}For medical nurses or prophylaxis assistants who had 1 or 2 years of previous training.

**DH education was discontinued when needed workforce numbers were reached.

^{†††}Dual education as dental hygienists and dental therapists.

^{††††}Applicable for postgraduate degree in public health.

^{§§}Third year voluntary for BA degree after Diploma.

Comment of authors: Startups of Bachelor programmes in Hungary, Ireland and Iceland have currently been delayed due to the economic crisis

- Disparités de formation et valeur des diplômes

- ↻ Durée de la formation :

- Globalement, en Europe comme en Amérique du Nord et ailleurs, la durée de la formations diplômantes d'hygiéniste dentaire s'établit entre 2 et 4 ans (tableau 1).
- Les compétences acquises varient relativement peu dans la plupart des pays, mais nous avons sélectionné trois exemples caractéristiques de ces différences considérées comme une problématique actuelle dans l'harmonisation des professions en Europe.

- ↻ Québec, Canada :

- Concernant les actes en bouche, l'Ordre des Hygiénistes Dentaires du Québec en dénombre dix selon la Loi sur les professions dentaires :
 - Appliquer topiquement une substance désensibilisante comme un vernis ou un ciment adhésif.
 - Insérer et sculpter les matériaux obturateurs.
 - Rassembler et recueillir les informations quant aux tests de vitalité de la pulpe.
 - Enlever les points de suture et les pansements parodontaux.
 - Placer un pansement provisoire obturateur, sans fraisage, lorsque la pulpe n'est pas exposée.
 - Poser et enlever les attaches d'orthodontie.
 - Cimenter les mainteneurs d'espace.
 - Procéder au détartrage supra et sous gingival, y compris au polissage de la partie exposée de la racine.
 - Prendre des radiographies.
- En parallèle de l'apprentissage technique de la discipline d'hygiéniste dentaire, leur association nationale a fixé les « Compétences canadiennes à l'égard des programmes de baccalauréat en hygiène dentaire », très vaste état du rôle de la profession en Santé Publique. En voici le plan selon lequel ces compétences s'articulent [59] :
 - Compétences liées à la connaissance de la discipline : intégration du savoir de la discipline
 - Compétences de base
 - Professionnalisme

- Communication
- Collaboration
- Coordination
- Utilisation de la recherche
- « *Leadership* »
- Compétences liées au service en hygiène dentaire
 - Activités, initiatives et programmes de promotion de la santé
 - Activités, initiatives et programmes de prévention des maladies
 - Éducation en matière de santé buccodentaire
 - Plaidoyer
 - Mise en pratique des politiques
 - Thérapie clinique

☞ Royaume-Uni

- La plupart des hygiénistes dentaires travaillent pour des cabinets dentaires privés, publics ou mixtes. Les responsabilités de l'hygiéniste dentaire sont établies ainsi :
 - Fournir une éducation sur l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation
 - Nettoyage de la plaque et du tartre par détartrage et polissage des dents
 - Prendre des empreintes et/ou des radiographies dentaires
 - Appliquer des matériaux prophylactiques et/ou antibactériens, des scellements de sillon et des fluorations topiques pour aider à prévenir la carie dentaire
 - Réaliser les procédures de contrôle et de surveillance
 - Traiter et prévenir la maladie des gencives et du parodonte
 - Avoir les compétences pour assurer et maintenir des conditions stériles
 - Offrir des conseils et des encouragements aux patients
 - Travailler en étroite collaboration avec des dentistes ou sous leur direction
 - Utiliser une gamme d'instruments dentaires appropriée à leur pratique
 - Se tenir informé des nouveaux développements au sein de la profession et maintenir les dossiers dentaires des patients à jour
- Par ailleurs, en secteur public, certaines opportunités spécifiques se présentent
 - dans les hôpitaux, universitaires et non-universitaires,
 - dans les forces armées et au Centre Médical de la Défense militaire,
 - ou encore dans les écoles dentaires universitaires.
- Parfois, des grandes entreprises et des organisations privées peuvent aussi embaucher des hygiénistes dentaires.

☞ Hongrie :

- La Hongrie est un rare pays européen à n'autoriser la pratique des hygiénistes dentaires que sous la supervision directe d'un dentiste.
- Ces assistantes-hygiénistes font des détartrages et des motivations à l'hygiène en présence du dentiste qui les emploie.

☞ Pologne :

- En Pologne, les hygiénistes dentaires travaillent sous la supervision indirecte d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin stomatologue, c'est-à-dire qu'ils sont relativement autonomes au fauteuil. [8]
 - Cependant, le plan de traitement préventif et curatif de chaque patient doit être approuvé et validé par un docteur en médecine ou un docteur en chirurgie dentaire, approbation confirmée par sa signature et ses initiales.
 - De plus, chaque intervention effectuée par une hygiéniste doit être enregistrée dans le dossier du patient et signée à la fois par l'hygiéniste et le chirurgien-dentiste.
- Les auteurs précisent que l'hygiéniste dentaire est une spécialité de plus en plus recherchée et qu'une coopération adéquate entre une hygiéniste dentaire et un chirurgien-dentiste a un impact favorable sur l'ergonomie de l'ensemble du travail de l'équipe.
 - Les auteurs ont ensuite développé diverses méthodes et formes d'éducation à la santé par un hygiéniste dentaire.
 - Par ailleurs, ils soulignent dans ce texte l'importance de la collaboration avec le médecin traitant et la connaissance des procédures de prévention et de traitement dans le cadre des responsabilités d'une hygiéniste dentaire.
 - Bien que la tâche principale de l'hygiéniste dentaire soit l'éducation à la santé en matière d'hygiène dentaire, elle peut fréquemment être confrontée à l'existence d'une pathologie générale lors de la collecte des antécédents médicaux.
 - Les auteurs préconisent que la collaboration avec le médecin, éventuellement par l'intermédiaire du chirurgien-dentiste, soit affermie et soigneusement examinée dans les études ultérieures, car nous savons que l'hygiène de la cavité orale a un impact direct sur les pathologies générales en développement.

1.2.3 Situation socio-professionnelle et rapport au chirurgien-dentiste

- Cadrage de la Fédération Dentaire Internationale [68]

- ☞ La Fédération Dentaire Internationale (FDI) est le principal organe de représentation des chirurgiens-dentistes, dont le nombre est estimé à plus d'un million dans le monde.
 - Fondée le 15 août 1900 à Paris, ce qui explique la déclinaison française de son sigle, la FDI est une des plus anciennes organisations internationales de professionnels de santé du monde.
 - C'est aujourd'hui une organisation non gouvernementale reconnue, établie à Genève (Suisse) et qui entretient des relations officielles avec l'Organisation des Nations Unies (ONU) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
 - Elle collabore étroitement avec l'Organisation Internationale de Normalisation (ISO), l'Association Internationale pour la Recherche dentaire (IADR), l'association des industries dentaires internationales (IDM), etc.
 - Elle est chargée d'élaborer des politiques de santé et des programmes d'éducation continue, de s'exprimer au nom de la profession dentaire dans les efforts de promotion et de défense internationaux et d'apporter un soutien à ses associations membres lors des activités mondiales de promotion de la santé bucco-dentaire.
 - Le slogan de la FDI décrit parfaitement ses principes et ses fondements : « Conduire le monde à une santé bucco-dentaire optimale ».
- ☞ Selon la FDI, il est important d'établir qu'en matière de délégation des tâches, hygiénistes et dentistes travaillent au sein d'un modèle collaboratif de prise en charge des patients et où le mot d'ordre est la complémentarité, et non la substitution.
 - Elle précise que le dentiste doit rester à la tête de ce travail d'équipe, et que « la responsabilité du diagnostic, du traitement, des plans de restauration et des ordonnances doit toujours relever des praticiens de médecine bucco-dentaire, afin qu'ils puissent assurer des soins optimaux à leurs patients. »
 - En parallèle, elle met l'accent sur les bienfaits exercés par les auxiliaires de prévention en dentisterie, mais surtout sur les possibilités d'aller plus loin dans l'exploitation en Santé Publique de leurs compétences : « Cette collaboration et cette délégation des tâches peuvent être particulièrement utiles dans le domaine de la promotion de la santé bucco-dentaire et des stratégies de prévention où unir ses forces aux prestataires des soins primaires et aux enseignants, ainsi qu'aux

membres de la communauté, peut contribuer à améliorer l'accès aux soins dans les secteurs qui en ont besoin et assurer la diffusion de messages ciblés sur la prévention et la promotion. Une telle collaboration peut, par exemple, se concentrer sur la réalisation effective des « *Objectifs du millénaire pour le développement* ». »

Tableau 2 : Exigence de supervision dans la pratique de l'hygiène dentaire en Europe (2007-2008)

[Source : Luciak-Donsberger, Eaton, 2009]

Country	Independent practice	Independent referred practice	Off-site supervision	On-site supervision	Expected changes
Czech Rep.			√		More autonomy after BA
Denmark	√				Functions to be expanded
Finland	√				
Germany		√*	√†		
Hungary				√	
Iceland			√		Independent practice expected
Ireland			√§		Indep. pract. expected in 2008
Italy	√				More independent practices
Latvia	√‡		√		
Lithuania	√‡		√		
Malta		√			
The Netherlands	√				More independent practices
Norway	√				More independent practices
Poland			√		
Portugal			√		More autonomy, expand. functions
Slovenia			√		
Slovakia	√**		√		Greater autonomy
Spain			√		Greater autonomy
Sweden	√				More independent practices
Switzerland	√¶				More independent practices
UK		√			Removal of referral

*One autonomous practice in Munich run by US educated and Swiss licensed DH.

†DH education is eclectic, DH are not licensed.

‡Only in public sector.

§Direct supervision during administration of local anaesthesia.

¶In all cantons except for Tessin, scope restricted.

**In underserved areas only.

- Les différentes mises en œuvre de cette « collaboration »

☞ Dans le tableau ci-dessus, nous retrouvons quatre types distincts de pratique de l'hygiène dentaire :

- Pratique exclusivement sous la supervision directe d'un chirurgien-dentiste (Hongrie et Roumanie) :
 - Dans ce contexte, nous sommes dans une situation équivalente à la délégation des actes aux assistantes, et cette pratique est très largement répandue.
 - Dans cette même configuration, quelques assistantes se sont formées pour obtenir le diplôme d'hygiéniste dentaire, mais leurs conditions de travail sont très similaires.
- Pratique sous la supervision indirecte d'un chirurgien-dentiste :

- A l'instar de la supervision directe, l'hygiéniste dentaire est le plus souvent salariée du cabinet dentaire, mais fait partie de l'équipe de soin à part entière.
- S'il lui arrive de travailler à quatre mains comme assistante, elle peut avoir son propre fauteuil et prendre en charge les patients d'une façon autonome, mais elle pratique sous la responsabilité du docteur, chirurgien-dentiste ou stomatologue, qu'elle assiste.
- Que les actes et les tâches qui lui sont délégués soient du fait d'un « ordre » de son supérieur ou qu'elles viennent de l'initiative de l'hygiéniste, le chirurgien-dentiste responsable doit systématiquement contrôler et valider le travail de l'hygiéniste dentaire.
- Pratique indépendante :
 - Dans les pays qui ont légiféré un statut indépendant aux hygiénistes, elles peuvent, si elles le souhaitent, ouvrir leur entreprise et être seules responsables de leurs actes.
 - L'indépendance n'est pas forcément le statut statistiquement le plus attractif : on retrouve dans ces pays un nombre significatif d'hygiénistes salariées d'un cabinet dentaire, travaillant avec des responsabilités déléguées.
- Pratique indépendante, mais en devant être référée par un chirurgien-dentiste (Allemagne, Malte, Royaume-Uni)
 - Cette pratique pourrait correspondre en France à la situation des kinésithérapeutes vis-à-vis des médecins : ils sont installés en libéral, mais une séquence de kinésithérapie doit être prescrite par le médecin pour être prise en charge par la sécurité sociale.
 - On trouve fréquemment dans la presse spécialisée anglaise des articles exposant le souhait des communautés d'hygiénistes dentaires d'obtenir l'indépendance à ce niveau, pour permettre aux patients de prendre directement rendez-vous chez elles, sans passer par un dentiste.

☞ Dans la pratique concrète de la délégation des tâches, en accord avec les autorisations et les interdictions officielles, se sont mises en place des habitudes de travail propre à chaque pays, d'où transparaissent trois concepts de partage du travail de dentisterie :

- « L'hygiéniste-assistante » :
 - Elle travaille « pour » le dentiste, sous ses ordres et sous sa responsabilité, ce dernier lui déléguant des tâches, que ce soit au fauteuil, en travail à quatre mains ou sur un fauteuil à part.

- Les diplômes relatifs à cette pratique sont très disparates en Europe ; nous y incluons les assistantes dentaires exécutant les tâches intra-orales que le dentiste peut leur déléguer, sans forcément posséder le statut d'hygiéniste à proprement parler.
- « L'hygiéniste-collaboratrice » :
 - Elle travaille « avec » le dentiste, en complémentarité. Les actes sont répartis entre les deux praticiens dans l'intérêt du patient et de la rentabilité du cabinet.
 - Son statut peut être libéral ou salarié, et déterminé par contrat entre les deux partis. Chacun est responsable de son activité et il n'y a pas vraiment de lien de subordination.
- « L'hygiéniste-indépendante » :
 - Elle travaille « en parallèle » du dentiste, en toute autonomie, ce qui, malheureusement, entraîne parfois une concurrence entre les deux professions.
 - L'hygiéniste indépendante aura cependant accès à l'intégralité du panel de statuts qui encadrent les professions de santé :
 - Statut libéral, dans son propre cabinet ;
 - Statut libéral, en association ou en collaboration avec d'autres hygiénistes dentaires, dentistes, ou autres professionnels de santé ;
 - Statut salarié, avec une rétrocession en pourcentage de chiffre d'affaire
 - Statut salarié, avec une rémunération fixe, complétée ou non d'une rétrocession en pourcentage de chiffre d'affaire.
- Le tableau en annexe 1 synthétise ces informations pour chacun des pays listés, en fonction des données qui ont pu être recueillies de différentes sources.

☞ La rémunération des hygiénistes dentaires : très globalement, la rémunération des hygiénistes dentaires correspond à la moitié de celle des chirurgiens-dentistes.

- Au Canada, le revenu moyen des hygiénistes dentaires est de 4 500 \$ mensuel, soit 2 900 € brut.
- En Suisse, le salaire mensuel brut moyen est de 5 500 Fr., soit 4 600 €
- Au Royaume-Uni, le taux horaire moyen est de 26,61 £, soit 30 € de l'heure (moyenne déclarée de 4 900 € brut par mois)
- Aux États-Unis, il est de 5 850 \$ brut (soit 4 900 €) avec une perspective de croissance de 27%.

- La compétence appelle à l'indépendance : les revendications des hygiénistes dentaires qui ne plaisent pas toujours aux dentistes

☞ Le Canada est certainement le pays où le concept de l'hygiéniste indépendante est le plus représentatif, mais il est issu d'une longue période de mise à l'épreuve.

- Recadrons le contexte : actuellement, au Canada et dans ses provinces, la profession d'hygiéniste dentaire est aussi bien représentée que celle de chirurgien-dentiste. Ces professions sont clairement complémentaires dans l'organisation des soins et de la prévention bucco-dentaire, et il y est plus adéquat de parler d'équipe pluridisciplinaire que de délégation de tâches.
 - Les hygiénistes dentaires sont aujourd'hui des fournisseurs primaires de soins de santé et contribuent aux efforts de toutes les professions médicales afin d'améliorer l'information et l'accès de la population aux soins de prévention.
 - Leur place dans l'équipe de soins bucco-dentaires aux côtés du chirurgien-dentiste en fait des spécialistes de la prévention à part entière.
- Cette équipe de soins dentaires doit s'organiser au bénéfice du patient, mais la mise en place d'une telle organisation avait laissé, au début des années 2000, un terrain de négociation où chirurgiens-dentistes et hygiénistes dentaires s'opposèrent, en particulier sur la première consultation et l'autonomie des professionnels de l'hygiène en général.
 - En d'autres termes, une question animait les débats : qui, du chirurgien-dentiste ou de l'hygiéniste dentaire, le patient pouvait – ou devait – choisir de consulter en premier lieu ? [1]
 - Par ailleurs, dans un article du *Journal de l'Association dentaire canadienne*, est parue en 2004 l'analyse d'une étude sur l'opinion des chirurgiens-dentistes et des hygiénistes dentaires de l'Ontario [2]
 - Le débat politique remontait au début des années 1990, temps depuis lequel « le Collège des hygiénistes dentaires de l'Ontario (CHDO) et l'Association des hygiénistes dentaires de l'Ontario (AHDO) font pression pour faire modifier la loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées (LPSR), afin de permettre aux hygiénistes dentaires de l'Ontario d'exercer plus indépendamment des dentistes, sans recevoir « d'ordres » pour effectuer des traitements et d'étendre leur champ d'exercice.

- « Entre-temps sur la scène nationale, les dirigeants de l'hygiène dentaire affirmaient que l'évaluation faite par les hygiénistes dentaires [durant leurs consultations] devrait s'appeler « diagnostic ». » [2].
 - Des résultats de ce sondage d'opinion, nous apprenons que « au moins 71% (271/383) de toutes les hygiénistes dentaires sont d'accord ou vivement d'accord pour être autorisées à exercer indépendamment des dentistes, comparativement à seulement 4 % (15/392) des dentistes. » [2].
- Aujourd'hui, ce rapport de force entre chirurgiens-dentistes et hygiénistes dentaires est terminé, et le combat des hygiénistes dentaires s'est reporté en direction de la promulgation d'une santé bucco-dentaire optimale et l'accès de la prévention à toutes les catégories de populations (sources : le site officiel <http://www.cdha.ca>, et surtout les rapports annuels de 2013 à 2017, téléchargeables en format PDF).



Figure 2 : Affiche publicitaire humoristique de l'ACHD pour encourager les hygiénistes dentaires à participer à la vie publique de la profession.

[Source : site officiel de l'ACDH www.cdha.ca]

- ☞ En 2013, la présidente du CDHA commentait l'histoire et l'évolution de la profession d'hygiéniste dentaire au Canada : « Le Canada est un chef de file dans le développement d'un nouveau mode de prestation des soins de santé, appelé collaboration interprofessionnelle. [...] Appelée aussi pratique interprofessionnelle, [elle] se définit comme étant une approche globale des soins centrés sur la personne, grâce à la contribution de plusieurs professionnels de la santé qui, travaillant ensemble, formellement ou informellement, créent une équipe de prestation de soins de qualité. » [35].
- ☞ A l'instar du Canada, avec l'exemple de ses réussites en Santé Publique dans le domaine de l'hygiène bucco-dentaire et de l'hygiène de vie en général, il apparait dans beaucoup de pays européens une pression grandissante des associations d'hygiénistes dentaires pour obtenir des législateurs plus d'autonomie et d'indépendance dans les réglementations de cette profession [25 ; 39 ; 54]

2. Activité professionnelle d'un auxiliaire de prévention en secteur privé

Le métier d'hygiéniste est dédié à la prévention : là où il est activement représenté, il joue un rôle clef dans la société, autant en secteur privé aux côtés du dentiste qu'en secteur public.

D'après la définition de la prévention selon l'OMS, celle-ci s'opère de trois façons, correspondant à trois temps d'intervention :

- Prévention primaire : sensibilisation, information et motivation
- Prévention secondaire : dépistage et intervention
- Prévention tertiaire : interception et/ou suivi prophylactique

D'après le Code des Professions québécois, l'Ordre Professionnel des Hygiénistes Dentaires du Québec définit le rôle de l'hygiéniste au sein du cabinet dentaire ainsi : « dépister les maladies bucco-dentaires, enseigner les principes de l'hygiène buccale et, sous la direction d'un dentiste, utiliser des méthodes scientifiques de contrôle et de prévention des affections bucco-dentaires. »

2.1 Prévention primaire : sensibilisation, information et motivation

2.1.1 Prévention bucco-dentaire

- **Motivation à l'hygiène et éducation à la santé bucco-dentaire**

↳ Consultation de contrôle chez les plus jeunes :

- Par ses compétences en communication (cf. [paragraphe 1.2.1](#)), l'hygiéniste dentaire est spécifiquement formée à la pédagogie qui doit être associée à l'éducation à l'hygiène. Douceur, amabilité, et empathie font partie des habitudes de travail qui leur sont enseignées.
- Alors, il est logique d'observer que l'image de l'hygiéniste, contrairement à celle du dentiste dans certains cas, ne fait pas peur. Les enfants sont particulièrement bénéficiaires de cette constatation.

- Les principes psychologiques de l'éducation nous apprennent que les peurs de l'enfance, quand elles ne sont pas issues d'une mauvaise expérience, sont héritées des parents. Or, là où la thérapeutique dentaire est souvent associée à des phénomènes de douleur, l'éducation à la santé bucco-dentaire, inoffensive, fait bonne figure.
- C'est principalement chez l'enfant et l'adolescent qu'une pédagogie adaptée et bienveillante fera le plus grand bien à la santé bucco-dentaire de l'adulte qu'il deviendra. En effet, les bonnes habitudes doivent être mises en place dès la jeunesse, car il devient plus difficile à l'âge adulte d'en changer.

☞ La motivation à l'hygiène chez l'adulte est personnalisée :

- À tout âge, l'éducation à la santé bucco-dentaire doit s'adapter au patient et à sa bouche : dans la quasi-totalité des cas, des précautions particulières sont à prendre individuellement.
- Les techniques optimales de brossage des dents et de nettoyage des zones proximales, des gencives et de la langue varient d'une personne à l'autre en fonction, entre autres :
 - De l'anatomie et de la disposition des dents sur l'arcade
 - De la dextérité, surtout vis-à-vis de l'utilisation du fil dentaire
 - De la force et de l'endurance musculaire, en particulier chez certaines personnes âgées
 - Du réflexe nauséux : des techniques de désensibilisation sont à mettre en place en proportion de celui-ci
 - Du risque carieux, dont la variabilité est non seulement inter-individuelle mais aussi intra-individuelle (exemple : troisième molaire plus ou moins accessible, chevauchement dentaire, etc.)
- De même, les réhabilitations dentaires vont entraîner des techniques d'hygiène spécifiques : nettoyage des prothèses amovibles, prothèse fixée à plusieurs éléments, contention orthodontique, etc.

☞ En somme, la prévention bucco-dentaire dispensée par les hygiénistes dentaires souligne l'importance d'intégrer une séance de motivation à l'hygiène attentive et personnalisée dans chaque contrôle de routine.

- Santé bucco-dentaire et pathologies générales [46]

☞ Plus de 20 000 articles scientifiques internationaux révèlent ou documentent les multiples interactions entre deux mondes séparés l'un de l'autre sous les termes de « santé bucco-dentaire » et « santé générale » [60].

- Ce lien s'explique par différentes justifications cliniques :
 - Facteurs de risque communs
 - Bactériémie
 - Physiopathologie des processus inflammatoires
- Les conséquences possibles, c'est-à-dire les complications consécutives ou favorisées par une mauvaise hygiène bucco-dentaire, sont nombreuses.
- En voici quelques exemples :
 - Aggravation de maladies cardio-vasculaires, infarctus, et thromboses septiques : face au nombre d'études sur le sujet, un rapport fut émis en 2003 pour synthétiser les analyses mettant en concordance des pathologies cardio-vasculaires liées à l'artériosclérose avec les pathologies bucco-dentaires [9].
 - Infections bactériennes à distance à haut risque de mortalité :
 - Méningites
 - Pneumonies
 - Endocardite infectieuse
 - Atteinte à l'homéostasie métabolique et dérégulation hormonale :
 - Carences alimentaires (dues à des édentations non compensées)
 - Problèmes de fertilité (fausses-couches) et accouchements prématurés
 - Complications d'un diabète
 - Cancers gastro-intestinaux et du pancréas

☞ En conséquence, l'activité de prévention bucco-dentaire implique un intérêt beaucoup plus vaste que celui de la cavité orale et son importance doit être plus largement diffusé.

- Avec sa vocation d'information et de sensibilisation du patient, l'hygiéniste dentaire tient aussi son rôle dans la prévention de la santé au sens large.
- L'IFDH participe activement aux combats des organismes de Santé Publique dans les pays où elle est efficacement représentée.

2.1.2 Conseils personnalisés à l'hygiène de vie

- ☞ Aussi surprenant que cela puisse paraître, l'hygiéniste dentaire a aussi une vive implication dans les conseils nutritionnels et d'hygiène de vie en général.
 - Effectivement, les actions de prévention tombant sous la responsabilité des hygiénistes dentaires sont vastes car, comme nous venons de le voir, les liens entre hygiène bucco-dentaire et santé générale ne sont absolument pas négligeables.
 - D'autre part, parmi les facteurs de risques des pathologies orales, on trouve les facteurs comportementaux tels que ceux liés à l'alimentation et à la consommation d'alcool et de tabac. Inutile de rappeler que, parmi les facteurs de risque médicaux, seuls ceux qui sont liés au comportement sont corrigibles sans intervention médicale.
 - L'importance que les patients soient informés que de tels comportements puissent avoir un impact délétère sur leur santé n'est plus à démontrer, et les informations pullulent dans les médias. Cela dit, l'approche humaine d'une prise en charge personnalisée de la sensibilisation s'est démontrée efficace [77].

- Conseil nutritionnel et d'activité physique et sportive

- ☞ Une alimentation trop riche en hydrates de carbone entraîne une augmentation du risque d'incidence de pathologies bucco-dentaires, de diabète, et de pathologies cardio-vasculaires.
 - D'après une étude française publiée dans le Journal britannique de la nutrition [18] et portant sur les comportements des français d'âge intermédiaire, la sédentarité et les profils alimentaires néfastes entraîneraient, d'après une méta-analyse britannique [56], une augmentation de 147 % du risque relatif de morbidité cardiovasculaire, 90 % du risque de mortalité cardiovasculaire, et 49 % du risque de mortalité totale.
 - Les hygiénistes dentaires sensibilisent leurs patients à l'omniprésence des glucides dans leurs assiettes et sont en mesure de prodiguer certaines recommandations individuelles, voire de déterminer la nécessité d'un suivi par un nutritionniste qualifié.
 - Nous verrons plus loin que le rôle des hygiénistes dentaires révèle surtout son importance dans le dépistage des mauvaises habitudes.

- ☞ Il est aussi pertinent de rappeler que même les désagréments mineurs liés à un manque d'activité physique engagent l'état de santé, et donc la productivité [74] :
 - Troubles musculosquelettiques (TMS) : douleurs articulaires dues au surpoids, même léger, et aux postures statiques ; tendinites récurrentes, liées à une fatigabilité musculaire augmentée par la sédentarité ;
 - Troubles du sommeil : fatigue chronique ; problèmes de concentration, en particulier liés à la « consommation de temps d'écran » ;
 - Asthme, stress, etc.

- Risques bucco-dentaires de certaines activités sportives

- ☞ Outre les bienfaits d'une activité physique régulière, certaines répercussions nocives sont de plus en plus fréquemment observées chez les sportifs :
 - La consommation de « boissons sportives », très riches en nutriments mais surtout en sucres augmente significativement l'incidence des caries.
 - Certains sports entraînent un risque traumatique non négligeable, en particulier des fractures dentaires pour ce qui concerne la sphère oro-faciale.
- ☞ Des mises en garde et des précautions particulières doivent donc être mises en place dans le cadre de la prévention individuelle : les hygiénistes dentaires concourent à encadrer la santé de leur patient grâce à leurs aptitudes en communication, comme nous l'avons vu précédemment.

- Sensibilisation et accompagnement liés à la consommation de substances addictives

- Tabac, alcool, cannabis et autres substances illicites.
- Se reporter au quatrième point du chapitre suivant : « [dépistage des comportements à risque](#) ».

2.2 Prévention secondaire : dépistage et intervention

2.2.1 Les facteurs d'un risque carieux élevé

- La carie dentaire est une maladie multifactorielle

- Les facteurs de risque de la carie sont représentés ci-dessous sur ce schéma tiré de la seconde édition de l'Atlas de la santé bucco-dentaire [69], adapté de celui de Susan A. Fisher-Owens de 2007.
- Ils sont très nombreux et, cumulés les uns aux autres, ils vont déterminer le risque carieux individuel.
- Cette multitude de facteurs implique de connaître particulièrement bien son patient si on souhaite apporter une prévention bucco-dentaire adaptée avant l'apparition de carie.

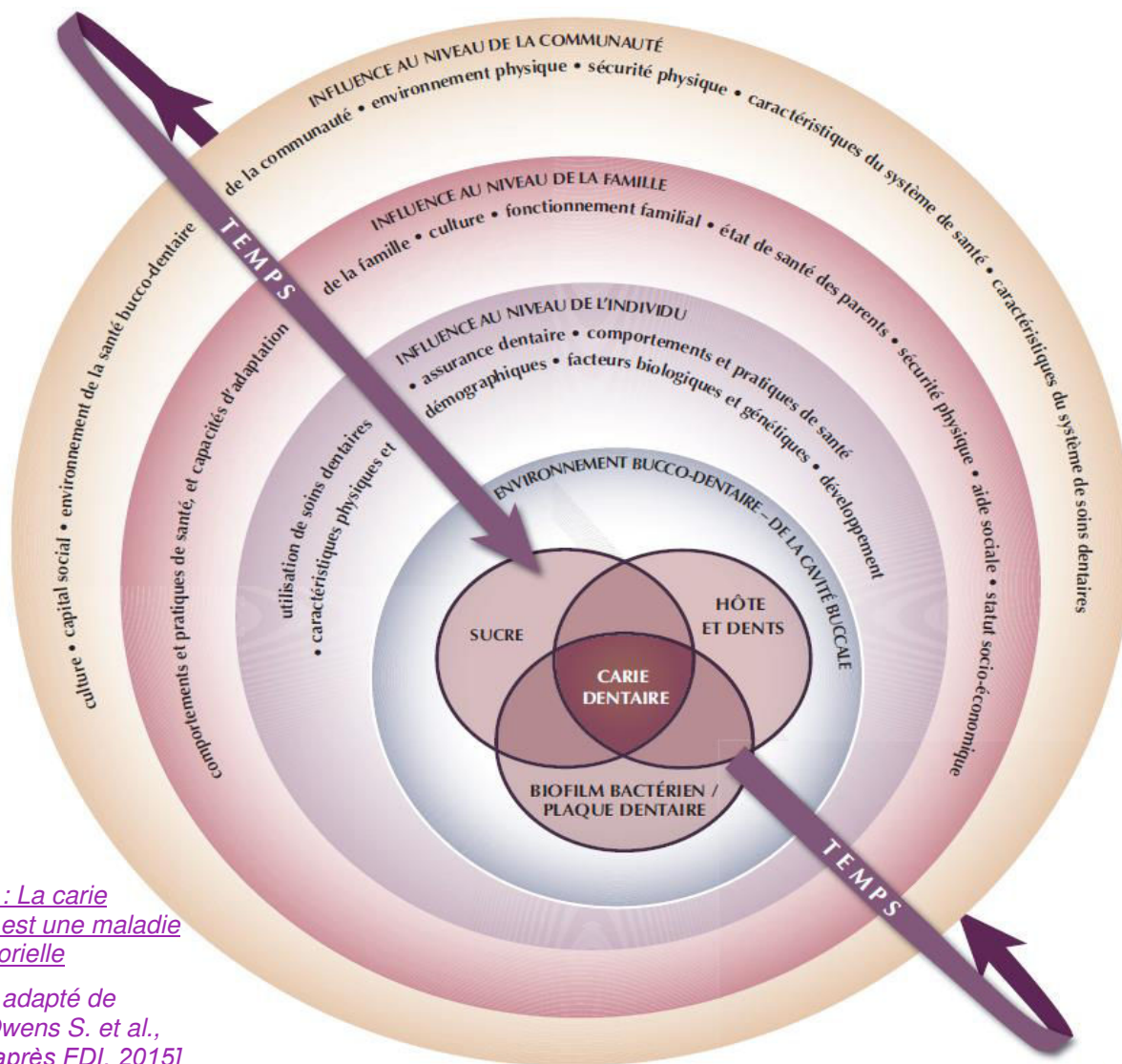


Figure 3 : La carie dentaire est une maladie multifactorielle

Schéma adapté de Fisher-Owens S. et al., 2007 [d'après FDI, 2015]

- La prévalence carieuse et le taux de recours au soin

☞ En pratique, c'est la prévalence carieuse qui met sur la piste d'un risque carieux individuel.

- Cependant, les systèmes de soin performants permettent une prévention efficace de la carie dentaire, en particulier chez l'enfant, chez qui la progression de cette dernière est souvent très rapide.
 - L'interception thérapeutique dans le cadre de la prévention ne peut donc se faire que grâce à des consultations de contrôle régulières. Or, les hygiénistes dentaires sont justement des professionnelles de soin que les patients consultent par habitude, généralement sous forme de contrôle annuel ou semestriel.
 - Un document de travail établi par la DREES en février 2018 compare les systèmes de santé et l'organisation des soins de l'Allemagne, de la Suède et des Pays-Bas avec ceux de la France : « Dans les trois pays, les taux de recours aux soins bucco-dentaires pour les adultes dans l'année sont supérieurs à 70 % (43 % en France) » [61].
 - Cette comparaison est à mettre dans le contexte d'un taux de recours au soin lié à la fréquence des contrôles et du suivi : « le taux de recours au chirurgien-dentiste ne présage pas [forcément] du besoin de soins : un recours au moins une fois sur une période annuelle peut être l'expression d'un meilleur suivi » [66].
- Par ailleurs, les hygiénistes dentaires sont régulièrement amenées à prendre des radiographies retro-alvéolaires et en conséquence à poser le diagnostic d'atteinte carieuse, que ce diagnostic soit de leur compétence où qu'il soit légalement de la responsabilité du chirurgien-dentiste.

☞ La prévention et l'interception des lésions dentaires prévient la perte des dents :
Synthèse d'une vaste étude de cohorte menée de 1972 à 2002 pour évaluer l'efficacité de la surveillance et de la prévention [4].

- Au cours d'une période de 30 ans, 375 adultes, soigneusement surveillés et régulièrement encouragés, ont maintenu un programme de contrôle de plaque.
 - Les contrôles, effectués par des hygiénistes dentaires, prirent place :
 - une fois tous les 2 mois pendant les 2 premières années
 - et une fois tous les 3 à 12 mois pendant les années 3 à 30.

- Trois variables étaient régulièrement surveillées :
 - Présence de plaque et incidence des caries
 - Perte d'attache mesurée par sondage
 - Incidence d'avulsions dentaires et motivations des avulsions
- Déroulement des séances :
 - Chaque patient bénéficia d'une explication détaillée des cas de pathologies bucco-dentaires et de l'enseignement de leur prévention.
 - De plus, des participants reçurent, selon les besoins individuels, une instruction supplémentaire sur l'autodiagnostic et sur les techniques d'hygiène bucco-dentaire axées sur les mesures appropriées au contrôle de plaque :
 - L'utilisation de brosses à dents et de dispositifs de nettoyage interdentaires (brosse, fil dentaire, brossettes).
 - Les séances prophylactiques comprenaient également :
 - la mise en évidence de la plaque
 - et un nettoyage mécanique professionnel des dents, avec l'utilisation d'un dentifrice contenant du fluor.
- Résultats :
 - Incidence d'avulsions dentaires et motivations des avulsions :
 - Peu de dents furent perdues au cours des 30 années d'entretien : entre 0,4 et 1,8 en moyenne dans les différentes cohortes d'âge.
 - La principale cause d'avulsion fut la fracture radiculaire
 - La parodontite progressive ou les caries furent la motivation de seulement 21 avulsions (soit, en moyenne, une extraction dentaire tous les 18 mois sur l'ensemble de la population des 375 adultes suivis)
 - Présence de plaque et incidence des caries :
 - Le nombre moyen de nouvelles lésions carieuses pour chacun des trois groupes de cohorte fut de 1,2 ; 1,7 et 2,1.
 - Environ 80% des lésions ont été classées comme des caries récurrentes.
 - Perte d'attache mesurée par sondage :
 - La plupart des sites ne présentaient aucun signe de perte d'attache.
 - De plus, en proximal, un gain d'attache entre 1972 et 2002 fut identifié dans tous les groupes d'âge.
- Conclusion : la prévention par un suivi individuel, dont la définition correspond à l'activité principale du métier d'hygiéniste dentaire se montre d'une impressionnante efficacité.

- Identification d'une alimentation cariogène

☞ Une alimentation cariogène est riche en sucres simples, alimentation que l'on sait aujourd'hui être un « *serial killer* » comme l'écrit Lysiane Leny dans un article de Santé Magazine :

- « De multiples études ont démontré que le sucre favorisait, outre le diabète et l'obésité, de nombreuses autres maladies.
 - » En augmentant le taux de triglycérides et de cholestérol, le sucre fait le lit de l'hypertension et des maladies cardiovasculaires. Le sucre favorise également le développement de certains cancers : côlon, estomac, pancréas, utérus et sein.
 - » Dans l'intestin, en attaquant la flore bactérienne, il affaiblit nos défenses immunitaires. Le sucre favorise également la fermentation intestinale et crée un milieu propice au développement de mycoses intestinales et des cellules cancéreuses.
 - » Enfin, le sucre entraîne un vieillissement prématuré de tous les tissus de l'organisme, y compris de la peau. » [76].
- Par ailleurs, les liens entre l'alimentation, les pathologies dentaires et les pathologies parodontales sont très nombreux, comme le décrit la thèse très complète de deux chirurgiennes-dentistes de Nantes [13].

☞ Entre autres, la prévalence carieuse nous mettra sur la piste d'une alimentation cariogène, et comme nous l'avons exprimé, les conseils nutritionnels font partie intégrante de l'arsenal de l'hygiéniste dentaire. Le dépistage d'une alimentation trop sucrée, déséquilibrée ou pauvre en certaines vitamines, a sa place idéale entre les mains d'une spécialiste de la prévention.

2.2.2 Dépistage des risques parodontaux

- Les hygiénistes dentaires sont une arme de première ligne

☞ La prévalence des lésions parodontales est à l'origine de la création du métier d'hygiéniste dentaire dans nombre de pays qui ont adopté ces professionnels de prévention au XX^e siècle.

- Aujourd'hui, l'ampleur du fléau que représente la maladie parodontale est d'autant plus connue et reconnue, en particulier par son impact sur la santé générale.
- « Ainsi, si on se limite aux relations avec les pathologies les plus coûteuses pour la société, on retiendra que la parodontite :
 - » augmente de 14% le risque de cancer chez la femme ménopausée ;
 - » augmente de 27% le risque global de mortalité par cancer
 - » pourrait produire des tumeurs malignes du tube digestif, comme par exemple le cancer du pancréas
 - » augmente de 34% le risque de développer une maladie cardio-vasculaire
 - » dérègle le diabète et augmente la résistance à l'insuline.
- » À l'inverse, un détartrage une fois par an diminue de 25 % le risque d'accident cardiovasculaire et de 13 % celui d'AVC. Le traitement des parodontites aide aussi à l'équilibration du diabète. » [60].

☞ On peut alors considérer la prévention et le dépistage des maladies parodontales comme faisant partie de la mission primaire de l'hygiéniste dentaire. L'appréciation du stade de destruction tissulaire leur permet, avec l'aval du chirurgien-dentiste référent, de déterminer la thérapeutique selon une approche prophylactique ou chirurgicale.

- Les moyens diagnostics faisant partie de l'arsenal des hygiénistes dentaires, une première consultation leur permettra d'établir un bilan parodontal :
 - Questionnaire et anamnèse
 - Examen clinique et occlusal
 - Sondage parodontal et éventuellement bilan radiologique
- Une approche prophylactique sera exécutée par l'hygiéniste dentaire, sous la supervision du chirurgien-dentiste, avec des séances de détartrage supra- et infra-gingival régulières, ainsi qu'un discours adapté de sensibilisation, d'information, de motivation, et de démonstration. Ce discours est appelé « Initiation à l'hygiène » (IAH) : cf. figure 4.

- Dépistage et traitement de la gingivite et parodontopathie

☞ Gingivite et détartrage

- Comme nous le savons, la pathogénie parodontale débute dans la majorité des cas par une gingivite, et celle-ci a comme facteur de risque principal la présence de plaque bactérienne ou de tartre.
- Les chirurgiens-dentistes travaillant avec des hygiénistes dentaires leur délèguent les soins de polissage et de détartrage, actes très fréquents au cabinet dentaire, et peuvent ainsi de se concentrer sur les autres actes qui requièrent d'avantage leurs compétences et leur expertise.
 - Au-delà de l'entretien de la denture, le suivi par l'hygiéniste dentaire lui permet d'identifier les facteurs de risques systémiques, de façon à anticiper une éventuelle vulnérabilité parodontale chez le patient, et ainsi adapter la fréquence de contrôle.
 - En effet, les liens entre une inflammation gingivale et l'état général de santé ont été identifiés dans pléthore d'études scientifiques [9 ; 17] et l'encadrement de l'hygiéniste dentaire a aussi vocation à responsabiliser les patients vis-à-vis de leur santé.

☞ Le détartrage-polissage supra et infra-gingival suffit généralement à enrayer un processus inflammatoire qui est parfois dangereusement discret.

- Un trop grand nombre de patients préfère éviter de stimuler la douleur et les saignements gingivaux en allégeant le passage de la brosse à dent plutôt que de consulter un professionnel pour une « simple gêne ».
- Cela se traduit alors, dans un « effet boule de neige », par une aggravation des symptômes inflammatoires qui peuvent progressivement entrer en chronicité et déclencher des phases successives de destruction tissulaire, en particulier une ostéolyse alvéolaire, fréquemment irréversible.

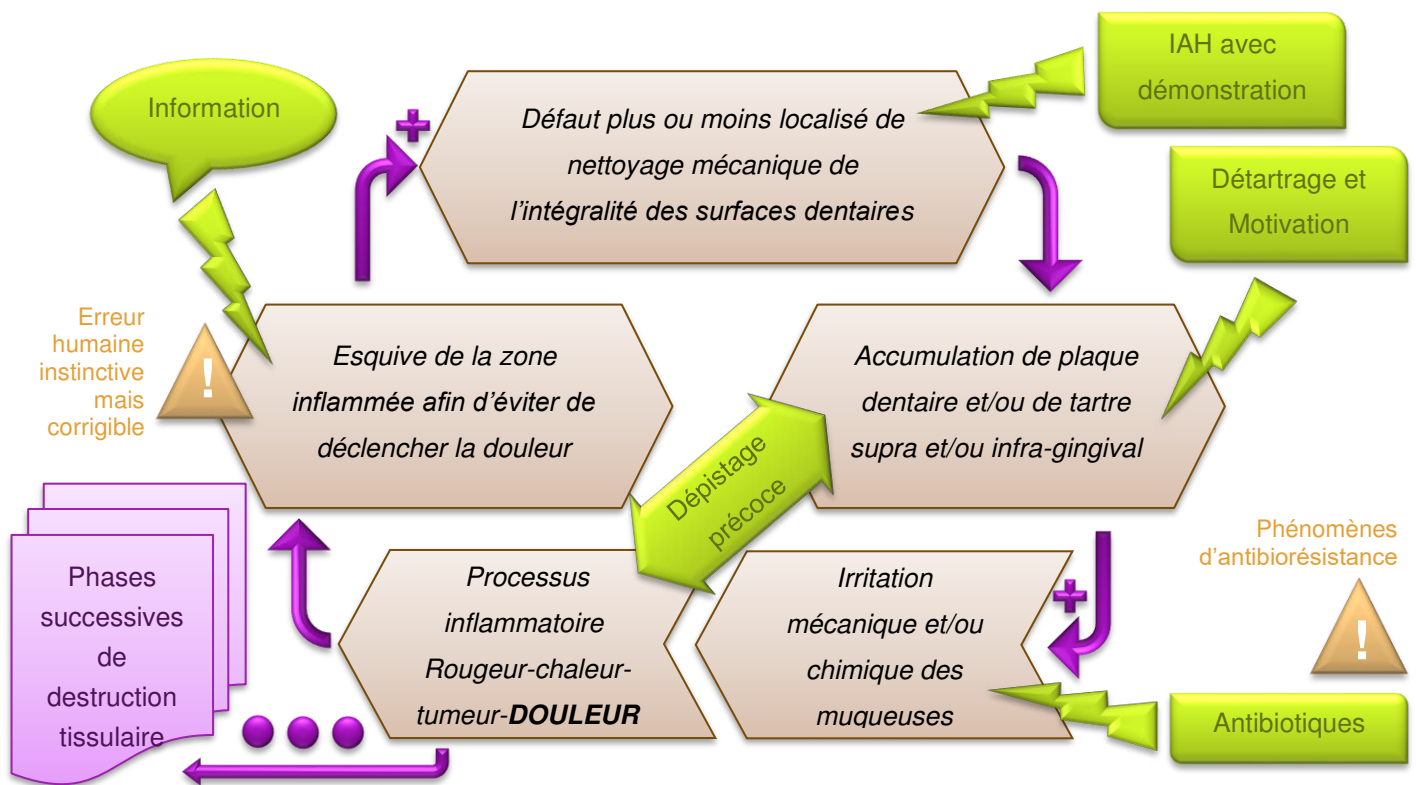


Figure 4 : Schéma de l'effet « boule de neige » de l'inflammation parodontale et moyens d'intervention

[Source : document personnel]

⚡ Importance du dépistage précoce des maladies parodontales

- La thérapie de la maladie parodontale peut être considérée comme à la fois curative et préventive, en effet :
 - Il est le seul traitement pouvant directement prévenir la perte des dents
 - Il permet, grâce à la Thérapie Parodontale de Soutien (TPS) que nous explorerons dans la partie 2.3.2, d'assurer de bonnes chances de rémission complète sans récurrence et une stabilisation pérenne des tissus parodontaux restants, voire une « guérison » avec un gain d'attache [47].
- Ces dernières années, les chances de succès de la thérapie parodontale vont grandissantes, mais restent dépendantes du niveau de destruction tissulaire, et donc du moment du diagnostic [47 ; 67].

- Vigilance et prévention pour lutter contre l'antibiorésistance

- ☞ La cavité buccale étant un « réservoir » de bactéries, les antibiotiques sont indiqués dans de nombreux cas de pathologies bucco-dentaires.
 - La parodontite, qu'elle soit chronique ou aiguë, localisée ou généralisée, ou encore la manifestation d'une maladie systémique, ne fait pas exception.
 - Or, le stade d'avancement de la maladie parodontale intervient résolument dans l'arbre décisionnel de l'antibiothérapie.
- ☞ La problématique croissante de la résistance des bactéries aux antibiotiques est donc un argument de plus en faveur de l'importance d'un diagnostic précoce et d'une intervention rapide.
 - En prélude au forum international de la santé bucco-dentaire de 2017, le professeur David Herrera, enseignant en parodontologie à l'Université de Madrid, a fait part de ses réflexions en matière d'organisation des soins parodontaux et de lutte contre la résistance aux antibiotiques.
 - En outre, il souligne l'implication d'une équipe dentaire pluridisciplinaire, incluant le dentiste généraliste et l'hygiéniste dentaire, dans la gestion de la sensibilisation de la population aux risques de la maladie parodontale [71].

2.2.3 Dépistage de facteurs de risques systémiques

- Dépistage de pathologies générales

- ☞ L'examen bucco-dentaire peut permettre un dépistage précoce
 - Comme nous l'avons vu précédemment, les liens de comorbidité¹ entre pathologies dentaires et pathologies générales ont été démontrés par un nombre considérable d'études. Or, ces interactions agissent aussi dans l'autre sens : les signes buccaux précurseurs de pathologies générales sont nombreux [26].
 - Davantage de séances de contrôle bucco-dentaire pourraient augmenter la part des dépistages précoces, et donc améliorer la prise en charge de ces maladies en diminuant les facteurs de comorbidité¹.

¹ En science médicale, le terme « comorbidité » désigne des maladies et/ou divers troubles s'ajoutant à la maladie initiale. À noter que ces maladies « secondaires » peuvent être directement dues à la première ou, au contraire, ne pas avoir de liens apparents avec celle-ci

☞ Quelques atteintes systémiques pour lesquelles un dépistage précoce est primordial :

- Infection par le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH) :
 - Beaucoup des séropositifs ayant eu la chance d'être diagnostiqués suffisamment tôt ne subissent pas le syndrome d'Immunodéficience acquise et les risques mortels qu'il entraîne.
 - Dans plus de 10% des cas, la suspicion d'infection au VIH repose sur la présence d'une lésion buccale.
- Diabète :
 - Un diabète déséquilibré s'étalant dans le temps ou non pris en charge peut entraîner une perte de la vascularisation terminale, et donc une cécité, une nécrose des orteils, etc.
 - Il est accompagné de xérostomie et d'un retard de cicatrisation, ainsi que d'une haleine rappelant l'acétone en cas d'acidocétose diabétique.
- Les dépendances :
 - La prise de produits psychotropes a fréquemment des signes directement ou indirectement liés à la cavité orale :
 - cocaïne et perforation palatine ;
 - dérivés amphétaminiques et bruxisme ;
 - caries serpigneuses de Lovental et héroïne ; etc.
 - De plus, un risque accru de contracter une pathologie transmissible par le sang accompagne la consommation de certaines drogues dures.
 - Le taux de réussite du sevrage diminue avec la durée de consommation chronique de la substance responsable de l'addiction.

☞ Dans le domaine du dépistage, il n'y a pas lieu de parler de substitution ou de délégation des tâches entre professionnels de santé. Que les premiers signes évocateurs d'une pathologie soient décelés par le médecin traitant, une infirmière, un dentiste ou un ami de la voisine, l'important est que le processus de prise en charge soit lancé. Le diagnostic reste néanmoins de la responsabilité d'un praticien compétent.

- Les hygiénistes dentaires jouent un rôle important dans ce domaine car elles sont en première ligne, avec les dentistes, pour déceler des signes parfois très discrets.
- Là où les hygiénistes sont référentes en matière de « *check up* », leur surveillance est un apport particulièrement significatif dans les populations de patients qui ne voient que très rarement leur médecin ou leur dentiste, parce qu'ils s'estiment sains.

- Dépistage des comportements à risque : le RPIB

☞ Lente métamorphose de la prévention des comportements à risque :

- Autrefois nécessité d'information et besoin de prise de conscience, la prévention des conduites à risque a subi une douce métamorphose à mesure de ses petites et grandes victoires.
- Elle avance aujourd'hui le front de sa bataille jusqu'au niveau de l'accompagnement personnalisé. C'est à ce niveau qu'il existe, en rapport avec l'efficacité du soutien psychologique au sein d'un encadrement professionnel pluridisciplinaire, une marge d'amélioration significative, et donc prioritaire.

☞ Le concept « Repérage Précoce et Intervention Brève » (=RPIB)

- Contexte :
 - « Promu par l'O.M.S., le RPIB est actuellement reconnu comme l'une des mesures ayant le meilleur rapport coût/efficacité en matière de prévention » [22].
 - « Une seule séance d'intervention brève ou d'entretien motivationnel peut avoir des effets significatifs et durables (...) » [77].
- Définition du RPIB [16 ; 77]
 - *Repérage précoce* :
 - En addictologie, le repérage précoce correspond au diagnostic d'un comportement ou d'une consommation à risque. Il repose sur un questionnaire qui évalue ce risque en fonction de la consommation déclarée, mise en rapport avec les seuils de dangerosité établis par l'O.M.S.
 - Cette évaluation de la consommation déclarée, pour laquelle une ou deux questions suffisent, doit se faire si possible à l'ouverture d'un dossier médical, sinon à un moment opportun dans l'année qui suit l'ouverture du dossier, et actualisée en fonction des risques individuels et situationnels, variables dans le temps.
 - *Intervention brève*
 - En alcoologie, c'est une notion qui existe depuis 2005 [16].
 - C'est une approche perçue comme innovante dans le cadre de la pratique traditionnelle de la médecine car elle est fondée sur l'éducation et la motivation, et non sur une approche interventionnelle médicamenteuse classique.

- Bien que la forme du langage de l'intervention brève doive s'adapter au patient, le fond s'encadre dans un protocole bénéfique à la transmission du message :
 - Attitude empathique : écoute réflexive, sans juger, critiquer, blâmer, ni culpabiliser. Ne pas paraître pressé.
 - Conforter le patient dans son désir de changement sans chercher à argumenter en faveur d'un comportement différent : c'est au patient de trouver les arguments aux changements qui lui seront propres.
 - Renforcer sa motivation, en offrant une appréciation positive et optimiste, en proposant des moyens et des résolutions pragmatiques
 - Apporter des informations et des aides tout en respectant ses choix : affirmer sa prééminence ne servirait qu'à renforcer les résistances au changement.

☞ Le RPIB est en réalité l'appellation française d'un concept qui est mis en œuvre régulièrement au fauteuil d'une hygiéniste dentaire : elle a dans ses missions celle de profiter de l'opportunité d'un travail d'entretien de la denture pour repérer les signes d'un comportement à risque et d'intervenir en fonction de ceux-ci si une consommation dangereuse est soupçonnée [48].

- Comportements nuisibles dépistables en bouche

☞ Nous pouvons conclure des paragraphes précédents que l'angle de vue anatomique des professionnels de la santé bucco-dentaire offre une approche privilégiée pour un dépistage des facteurs de risque d'une pléthore de maladies et de comorbidités.

☞ Par ailleurs, les signes d'autres types de comportements à risques transparaissent souvent au niveau des muqueuses buccales et des dents :

- Érosions et lésions cervicales d'usure peuvent indiquer la prise trop fréquente de boissons acides, voire de stupéfiants.
- Les signes de bruxisme peuvent ouvrir une discussion sur la gestion du stress.
- La consommation de tabac laisse des colorations dentaires, voire des zones d'hyperkératose ou d'épaississement muqueux qui amènent à un questionnement systématique du patient sur une éventuelle consommation de produit irritant, fumé, mâché ou chiqué.

- Des zones d'usure et de perte d'émail caractéristiques, en particulier au niveau des faces palatines des incisives maxillaires et des molaires, peuvent dénoncer des vomissements chroniques.
 - Au-delà d'une certaine consommation journalière, l'alcoolisme laisse une odeur caractéristique à l'haleine et l'état bucco-dentaire est généralement révélateur d'un considérable problème d'hygiène de vie.
- ☞ Dans de nombreux pays, la présence des hygiénistes dentaires ajoute à l'offre de soin la disponibilité temporelle et humaine de dépister et d'intervenir pour les patients présentant ces « vulnérabilités », passant trop souvent inaperçues aux yeux des autres soignants.

La prévention est une lutte qui vise à remédier à un problème avant qu'il ne prenne les proportions d'un problème auquel il est impératif de remédier.

2.3 Prévention tertiaire : interception prophylactique

2.3.1 Risque carieux et soins prophylactiques

- ✎ Initiation et perfectionnement à l'hygiène bucco-dentaire et au contrôle de plaque :
 - Très couramment, les hygiénistes dentaires se chargent d'intervenir sur les patients à risque carieux, en particulier chez les enfants, en procédant à des scellements de sillons et des fluorations à intervalles réguliers.
 - Par ailleurs, elles sont tenues de monitorer l'amélioration du contrôle de plaque [52], chez les patients de tout âge, et ce par le biais d'une pédagogie en cinq étapes, qui s'est avérée efficace :
 - Démonstration sur modèle
 - Démonstration en bouche
 - Évaluation de la technique propre du patient
 - Correction de celle-ci
 - Réévaluation à 3 mois

- ✎ Le traitement des caries débutantes est parfois considéré comme un acte prophylactique :
 - Dans certains pays comme le Canada, la Suède ou le Royaume-Uni, entre autres, l'hygiéniste dentaire est de plus en plus encline à soigner, par éviction carieuse mécanisée (fraisage) et application d'un matériau obturateur, les caries débutantes.
 - Les caries de stade 2 (atteinte dentinaires) sont rarement prises en charge par l'hygiéniste dentaire. Cependant, il arrive qu'elles soient diagnostiquées par le dentiste, qui adresse ensuite le patient à son auxiliaire. Légalement, les hygiénistes dentaires ne peuvent prendre l'initiative d'un tel soin que là où elles pratiquent en autonomie et sont habilitées à faire les anesthésies locales.

2.3.2 Parodontopathies et Thérapie Parodontale de Soutien

- Principes généraux et objectif

- ☞ Le traitement des parodontopathies vise à rétablir des conditions tissulaires permettant un exercice optimal du contrôle de plaque et ainsi la prévention de la croissance bactérienne infra-gingivale [57].
- ☞ Arrivant habituellement après le traitement « actif », une phase de maintenance permet d'en assurer la pérennité : c'est la thérapie parodontale de soutien (TPS).
 - L'intégralité du traitement parodontal est sous la responsabilité du chirurgien-dentiste, notamment les actes dits « actifs », dont il est le seul à posséder les compétences d'exécution.
 - Cependant, quand cette possibilité existe, la TPS est très souvent déléguée à l'hygiéniste dentaire, qui réalisera les étapes suivantes à fréquence régulière : l'intervalle de rencontre est préférentiellement planifié tous les 3 mois, mais il est souvent étendu à 6 mois [57].
 - Actualisation de l'historique médical et dentaire par questionnaire
 - Incitation à la pratique des soins d'hygiène bucco-dentaire (motivation)
 - Enseignement et rappel des techniques du contrôle de plaque (IAH)
 - Élimination du tartre et des autres facteurs favorisant la rétention de plaque
 - Nettoyage professionnel minutieux des dents
 - Examens clinique et radiologique : réévaluation (afin d'anticiper une récurrence)

- Place de la TPS dans le plan de traitement parodontal

- ☞ Comme nous l'avons suggéré, la TPS arrive théoriquement à la fin du plan traitement, sous forme de contrôle à fréquence régulière, pour le reste de la vie du patient.
 - Cependant, elle permet une réactivité essentielle dans la prévention des récurrences de lésion parodontale, et amène, si besoin est, à un retour en phase chirurgicale.
 - Par ailleurs, pour permettre un contrôle de plaque optimal, l'état dentaire du patient peut nécessiter une phase de réhabilitation après le traitement chirurgical :
 - Prothèse dento-portée en cas d'indication
 - Prothèse implanto-portée en cas d'édentation
 - Orthodontie en cas de malposition ou d'édentation non-compensable

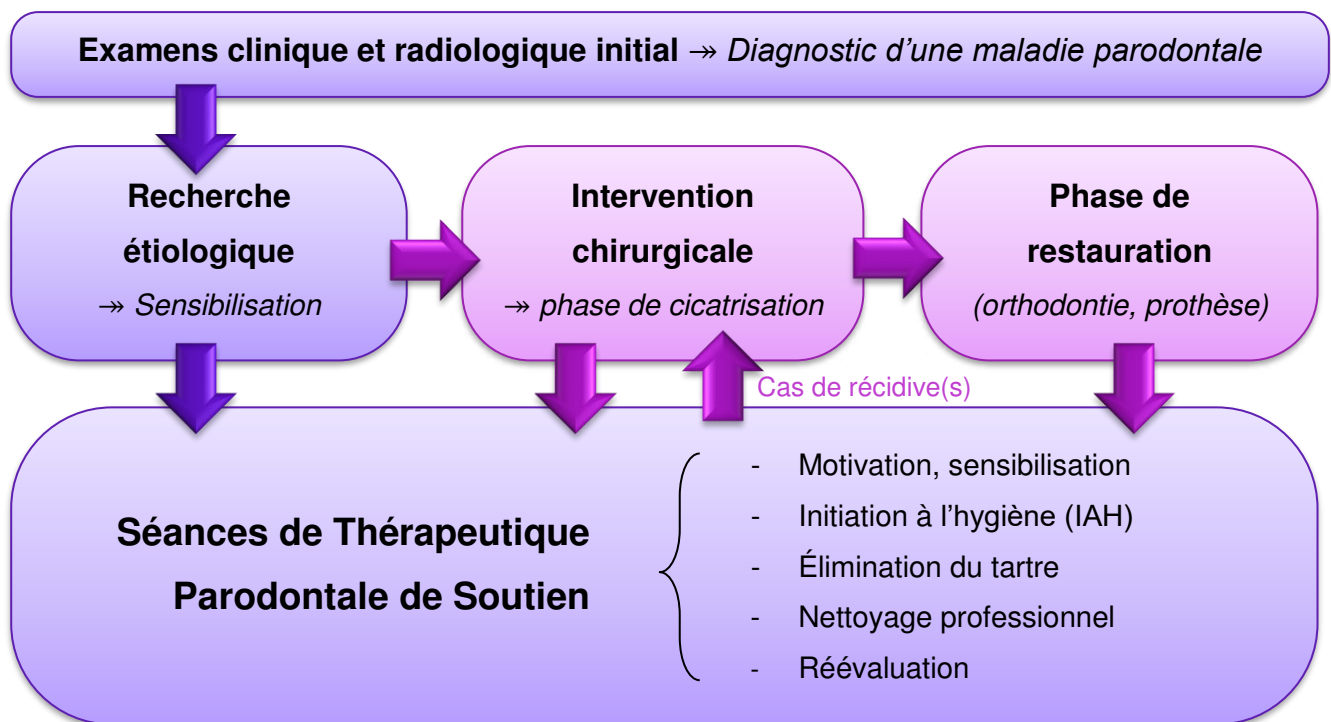


Figure 5 : Plan de traitement parodontal

[Source : document personnel]

- ↪ L'importance, et même le caractère indispensable de la TPS dans le cadre du traitement des parodontopathies fut mis en évidence par de nombreuses études : [3 ; 4 ; 33 ; 36]
- Stefan Renvert et G. Rutger Persson ont d'ailleurs, en 2004, publié dans la revue *Periodontology 2000* (Danemark) un article visant à synthétiser les études représentatives récentes, en particulier :
 - Les études à long terme de la TPS
 - Les résultats des études établissant l'efficacité des programmes de TPS
- Dans la mesure où les spécialistes estiment la durée d'une séance de TPS entre 45 et 60 minutes, les chirurgiens-dentistes omnipraticiens des pays possédant des hygiénistes dentaires ont très habituellement tendance à leur confier, la TPS rassemblant, en outre, les fondements de leur formation.

2.3.3 Suivi post-opératoire des traitements prothétiques et chirurgicaux

- Prothèses amovibles

☞ Amélioration de la rentabilité

- En 1984, le *Journal of Prosthetic Dentistry* publiait un article examinant les rôles effectifs et potentiels de l'hygiéniste dentaire de l'équipe de soin dans le cadre de réhabilitation prothétique [32].
- L'objectif des auteurs fut d'exposer les divers services que l'hygiéniste dentaire peut rendre dans l'optique d'améliorer la rentabilité et l'efficacité des étapes, tout en maintenant la qualité du travail.
- Ils conclurent leur démonstration en explicitant leur recommandation de déléguer certaines exigences du plan de traitement prothétique en accord avec les compétences en communication de l'hygiéniste dentaire, entre autres :
 - La préparation et/ou la vérification d'une situation bucco-dentaire compatible avec une réhabilitation prothétique non iatrogène et durable.
 - La préparation psychologique que requiert l'élaboration de la première prothèse amovible d'un patient, dont les avertissements d'inconfort, de potentielles difficultés dans la phonation et la mastication, et des délais d'ajustements pouvant paraître longs, avant d'être habitué à la présence d'une prothèse amovible en bouche.
 - Le suivi ultérieur à la pose d'une prothèse amovible, incluant les instructions d'entretien et les détartrages occasionnels, voire les finitions de l'équilibrage occlusal.
- Par ailleurs, certains actes comme les empreintes à l'alginat peuvent leur être délégués, afin de gagner du temps.

☞ Maintenance parodontale et prothèse

- Enfin, les auteurs soulignent l'importance du suivi parodontal et du maintien d'un niveau osseux optimal autour des dents restantes sur l'arcade, en particulier celles qui sont supports de crochet.
- Cette réflexion est aussi valable dans le cas des prothèses fixées, qui représentent parfois un facteur de risque parodontal.

- Prothèses fixes

- ☞ Il est courant de constater que la réhabilitation d'une ou plusieurs dents par prothèse fixe crée des zones de rétention de plaque.
 - En effet, en pratique, il est parfois très difficile d'obtenir un joint dento-prothétique parfait, malgré une obligation de résultat que nous impose la législation des actes prothétiques.
 - Ce joint est une zone vulnérable à la plaque dentaire et doit être nettoyé précautionneusement par le patient. Il est d'ailleurs recommandé de ne poser de prothèse fixée qu'aux patients étant factuellement capables d'un contrôle de plaque idéal.
- ☞ Les séances de suivi et l'instruction à l'hygiène bucco-dentaire régulièrement répétées améliorent significativement la qualité pérenne d'une réhabilitation prothétique [32].

- Chirurgie et suivi post-opératoire

- ☞ Prévention des complications par une vigilance accrue en phase post-opératoire :
 - Sans rentrer dans le détail des spécificités des différentes opérations de chirurgie dentaire et des impératifs du suivi post-chirurgical, nous conviendrons de leur importance pour la santé bucco-dentaire et générale du patient.
 - Les hygiénistes dentaires qualifiées sont formées pendant leurs études à :
 - S'assurer de la cicatrisation correcte des muqueuses ;
 - Ôter des fils de suture avec soin ;
 - Repérer les signes d'une infection ou d'une inflammation anormale ;
 - Prodiguer au patient l'ensemble des recommandations post-opératoires et d'hygiène bucco-dentaire adaptées.
- ☞ Par ailleurs, étant habilitées à accompagner le patient dans le sevrage tabagique, les hygiénistes dentaires peuvent, par ce biais, diminuer significativement l'incidence des complications post-chirurgicales [45].

3. Activité professionnelle d'un auxiliaire de prévention en secteur public

3.1 Action globale en Santé Publique

3.1.1 Promotion de santé à l'international : la place des hygiénistes

- **Lieux d'intervention des hygiénistes dentaires**

- ☞ La Fédération Internationale des Hygiénistes Dentaires encourage les hygiénistes dentaires de tous les pays à développer leurs interventions de santé communautaire.
 - Sur son site internet, on peut lire que les « services de soins de santé bucco-dentaire fournis par les hygiénistes dentaires dans l'environnement communautaire contribuent au développement de meilleurs résultats de santé pour les familles, et aux besoins des patients âgés et spéciaux.
 - » En plus de fournir une source importante de l'éducation, la fourniture de traitements et le soutien continu des messages de santé, les programmes de santé communautaires peuvent refléter les objectifs du gouvernement et d'autres défenseurs des services de santé. » [72].
- ☞ En effet, des hygiénistes dentaires du monde entier se retrouvent à intervenir dans des milieux très variés lorsqu'elles n'exercent pas entre au sein d'un cabinet dentaire ou d'une clinique privée [72] :
 - Hôpitaux et instituts de soins
 - Cliniques publiques
 - Départements de santé nationaux, régionaux et municipaux
 - Établissements scolaires
 - Institutions correctionnelles
 - Centres de recherche
 - Centres éducatifs spécialisés

- Promotion par l'OMS des soins primaires de santé

☞ Les soins de santé primaires (« soins de premier recours », « primary health care ») répondent à un objectif de justice sociale. Ils ont été définis par l'Organisation mondiale de la santé, à Alma Mata, en 1978, et doivent garantir à tous une égalité d'accès aux soins.

- Il existe trois modèles types de soins primaires :
 - Le modèle normatif hiérarchisé : un système organisé autour des soins primaires et régulé par l'État (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède) ;
 - Le modèle professionnel hiérarchisé : le médecin généraliste comme pivot du système (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande) ;
 - Le modèle professionnel non hiérarchisé : une organisation des soins primaires à l'initiative d'acteurs (Allemagne, Canada, France) [81].
- La prévention, le dépistage précoce des maladies et l'éducation à la santé sont des points essentiels de la définition de ce que doivent être les soins de santé primaire.

☞ Devant ces préconisations de l'OMS, Sara Monajem de l'Université Bocconi de Milan (Italie), s'est intéressée à la place des hygiénistes dentaires dans un article intitulé « Intégration de la santé bucco-dentaire dans les soins de santé primaire : le rôle des hygiénistes dentaires et l'intendance de l'OMS » (« *Integration of oral health into primary health care: the role of dental hygienists and the WHO stewardship* » en anglais dans le texte) :

- La santé bucco-dentaire est profondément intégrée à la santé générale et les soutiens des programmes nationaux améliorant l'accès à une « santé bucco-dentaire essentielle » augmentent.
- En parallèle, des opportunités à visée d'expansion des connaissances sur la prévention des maladies sont créées sous l'intendance de l'OMS, et celle-ci préconise, dans la pratique, l'enseignement de la santé aux populations.
- « En étant spécialisés en prévention de santé par leur activité de soin bucco-dentaire, les hygiénistes sont les mieux placés pour accélérer l'intégration de la santé bucco-dentaire aux soins primaires, en particulier à la lumière des preuves convaincantes qui confirment l'efficacité des soins dispensés par ces prestataires intermédiaires. » [43].

- Questions sur l'élargissement des compétences des hygiénistes dentaires au secteur public dans certains pays

☞ Au Kansas (Etats-Unis), une étude fut menée en 2011 pour tenter de solutionner la problématique de l'accès aux soins bucco-dentaires des enfants défavorisés :

- Pour comprendre son contexte, il faut savoir qu'aux Etats-Unis, les organisations gouvernementales et professionnelles s'accordent de plus en plus sur le fait qu'élargir l'autonomie des hygiénistes dentaires pour accroître leur participation à la santé publique peut contribuer à améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire.
- L'étude s'est déroulée dans le cadre de l'association entre une école primaire et un institut de formation d'hygiénistes dentaires pendant l'année scolaire 2008-2009.
 - Deux hygiénistes dentaires rendirent visite aux enfants une fois par semaine et leur prodiguèrent une motivation et un enseignement adapté du contrôle de plaque, tout en examinant leur cavité orale.
 - Les résultats montrèrent que l'intervention des hygiénistes dentaires permit de dépister des caries chez 63% des enfants, qui furent adressés à un chirurgien-dentiste [49].

☞ Deux études furent menées en Australie sur l'affectation des hygiénistes dentaires dans la main-d'œuvre publique de santé

- La première étude est une synthèse des données de la littérature, exprimant les besoins en santé publique, et l'opportunité d'y implanter le corps de métier des hygiénistes dentaires.
 - « La portée potentielle pour les hygiénistes dentaires dans le secteur de la santé publique en Australie est examinée à la lumière des questions plus larges liées à l'évolution des tendances de la maladie, la prestation de services et le traitement des patients ayant des besoins spéciaux.
 - » La prévention et le traitement des maladies bucco-dentaires par l'hygiéniste dentaire dans les écoles, les institutions, les maisons de soins infirmiers, les hôpitaux et les établissements résidentiels sont discutés, en mettant l'accent sur des questions telles que la législation, la productivité et l'assurance de la qualité.

- » Les implications futures pour la formation des hygiénistes dentaires sont présentées et des recommandations sont faites pour augmenter leur affectation dans le secteur public. » [7].
- La deuxième étude est spécifique aux résidences pour personnes âgées, dont la proportion de leurs occupants s'alourdit chaque année suite au vieillissement de la population australienne.
 - L'étude met en œuvre la visite de 510 résidents (dont 275 dentés) par un chirurgien-dentiste épidémiologiste et une des quatre hygiénistes dentaires participant à l'étude.
 - Les conclusions stipulent que « les hygiénistes dentaires ont les compétences et les connaissances nécessaires pour effectuer un examen dentaire aux résidents, en identifiant correctement la majorité des résidents qui nécessitent une référence à un dentiste. Par ailleurs, [elles] sont capables de formuler des plans de traitement d'hygiène dentaire appropriés pour les résidents d'établissements de soins gériatriques.
 - » Il est recommandé d'employer davantage les hygiénistes dans la prestation de soins dentaires aux résidents d'établissements de personnes âgées, en tant que prestataires de santé fiables, efficaces et compétents. » [30].

3.1.2 L'image de marque des hygiénistes dentaires : la crédibilité

- Communication et média : la crédibilité des hygiénistes dentaires

- ☞ Les hygiénistes dentaires ont une image désintéressée aux yeux de la population.
 - Selon certains auteurs, si d'aucun patients accusent d'une méfiance infondée pour les chirurgiens-dentistes, il n'en est rien pour les hygiénistes dentaires [20] :
 - Celles-ci se conforment à une image d'exécutrices bienveillantes des soins délégués, car elles n'ont pas d'intérêt financier dans ce qu'elles effectuent, proposent ou conseillent.
 - Par ailleurs, leur implication en santé publique dans certains pays comme le Canada ou le Japon, confirme ce désintéressement altruiste.
 - Quand ils sont retransmis par les médias, leurs messages s'en trouvent d'autant plus percutants et crédibles.

✎ Ainsi, au Canada, la promotion des bonnes pratiques de santé est notablement exprimée par la voix de l'ACHD, à travers des spots publicitaires télévisés ou radiophoniques, comme par les autres voies de communication plus en vogue chez les jeunes, tels que les réseaux sociaux ou les applications sur smartphone.

- Ainsi, l'ACHD a publié 20 communiqués de presse en 2016–2017, soulignant l'importance du lien entre la santé bucco-dentaire et le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'accident vasculaire cérébral, la nutrition et le cancer.
- De même, les hygiénistes dentaires sont des acteurs de première ligne dans la lutte pour le sevrage tabagique, du fait de leur contact direct avec les premiers signes d'une consommation tabagique (colorations du tartre) et leur efficacité dans l'encadrement des personnes concernées et la stimulation de leur motivation.

- Témoignage de la directrice exécutive du ACHD

✎ Mme Ondina Love témoigne de sa conviction de l'influence bénéfique des hygiénistes dentaires dans un article thématique sur la Direction Générale de l'ACHD.

- Elle liste une partie de leur pouvoir d'influence sur la population :
 - « Les hygiénistes dentaires peuvent influencer sur l'évolution des modes de vie et exercer un impact puissant sur la santé buccale et générale, comme l'abandon du tabagisme.
 - » Elles peuvent aussi influencer leurs patients face à des problèmes sociaux, comme le mauvais traitement des aînés.
 - » Elles peuvent influencer le choix des produits de santé buccale pour mieux correspondre aux besoins de leurs patientèle. » [37].
- Peu après, elle évoque ces hygiénistes dentaires qui ont choisi de s'engager davantage dans une influence publique et sociale, notamment :
 - Les formateurs et enseignants de l'hygiène dentaire
 - Les chercheurs, en examinant les questions importantes d'hygiène dentaire et de santé buccale, et par leur travail et par leurs publications révisées par les pairs.
 - Les membres qui travaillent en santé publique sont aussi des éléments clés d'influence dans les programmes de promotion des pratiques de la prévention.
 - Celles qui travaillent dans l'industrie des produits
 - Et enfin, les hygiénistes dentaires qui « jouent un rôle clé d'influence dans leur association professionnelle nationale – l'ACHD.

- » Les hygiénistes exercent des pressions auprès des gouvernements fédéraux et provinciaux sur les problèmes importants pour la profession et la santé orale de la population canadienne.
- » Leurs préoccupations portent sur
 - la réglementation,
 - le financement des programmes publics de santé buccale,
 - la fluoration de l'eau communautaire, » [37] etc.

☞ Mme Ondina Love poursuit en évoquant les représentants de l'hygiène dentaire qui siègent dans les conseils provinciaux et dans le conseil national.

- « Ils sont des personnages clés influençant les décisions politiques.
 - » Par leur « voix », les hygiénistes dentaires qui siègent bénévolement dans les comités influencent la formation, la recherche, l'agrément, la certification et plusieurs autres aspects des programmes et de l'exercice de l'hygiène dentaire.
 - » L'ACHD peut vous soutenir dans vos efforts comme agents d'influence clés et puissants. »
- Elle conclut sa narration par un message aux hygiénistes dentaires et semble se soucier de les raffermir dans leur confiance en elles, et de leur inspirer une prise de conscience du pouvoir de leurs responsabilités :
 - « Les hygiénistes dentaires ont le « pouvoir d'influencer ».
 - « La prochaine fois que vous aurez l'occasion d'interagir avec un patient, une étudiante, une personne des médias ou du gouvernement, [regardez-vous] comme ils vous voient : une professionnelle de la santé ayant le savoir, le talent et les attributs pour influencer et réaliser le changement. » [37].

- Une image en accord avec la définition du métier

« Une hygiéniste dentaire est un professionnel de la santé, diplômé d'une école d'hygiène dentaire, qui, grâce à des services cliniques, l'éducation, les efforts de planification de consultation et d'évaluation, vise à prévenir les maladies bucco-dentaires, assure le traitement de maladies existantes, et aide les personnes à maintenir un niveau optimal de santé bucco-dentaire. Les hygiénistes dentaires sont des professionnels de la santé dont la principale préoccupation est la promotion de la santé totale grâce à la prévention de la maladie. » [72].

3.1.3 Volontariat aux États-Unis : les développements en faveur de l'altruisme des hygiénistes se poursuivent

- Étude de Sandra D. Wilkie et al., 2015 [55]

☞ Contexte de l'étude aux États-Unis :

- Les hygiénistes dentaires, comme d'autres professions de santé, doivent régulièrement satisfaire à des exigences de réadmission pour garder la licence qui les autorise à pratiquer.
 - Elles doivent, pour cela, amener la preuve de leur participation à des cours de formation continue.
 - Or, treize des États des USA donnent aux hygiénistes l'alternative d'offrir des services de santé bucco-dentaire gratuits au lieu de participer à ces formations.
- L'objectif de l'étude est d'évaluer le niveau de motivation des hygiénistes dentaires à faire du volontariat
 - Il a donc fallu évaluer les hygiénistes à la fois en présence et en l'absence de cette loi statuant en faveur d'un encouragement au bénévolat.
 - Cette étude a comparé les dons de temps et d'expertise professionnelle de 316 hygiénistes dentaires titulaires d'une licence encadrée par l'une ou l'autre des conditions de réadmission : praticienne d'Idaho et d'Utah

☞ Résultats :

- Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée entre les ressortissantes des deux états, que ce soit au niveau de leurs comportements bénévoles ou des perceptions du volontariat.
- Conclusion sur l'efficacité de la méthode incitative au volontariat :
 - Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer l'efficacité de la législation visant à encourager les expressions altruistes des hygiénistes dentaires inscrites.
 - Les hygiénistes dentaires ne sont souvent pas au courant des possibilités de faire du bénévolat pour leurs services et de la façon dont les règlements de la loi sur les pratiques des États influent sur ces occasions [55].

- Étude de Lynn A. Marsh, de l'ADHA, 2012 [41]

☞ Objectif de l'étude et méthode :

- Le but de cette étude était d'examiner des facteurs comportementaux de l'attitude professionnelle des hygiénistes dentaires accréditées, facteurs regroupés en trois catégories :
 - L'implication des hygiénistes dentaires envers les services sociaux et envers les soins bénévoles aux populations défavorisées
 - Leur sensibilité aux besoins des patients
 - Leur satisfaction au travail
- Une enquête de 60 questions fut développée et distribuée à 306 participants. Un total de 109 sondages furent retournés donnant un taux de réponse de 33,9 %.

☞ Résultats :

- Parmi les hygiénistes dentaires interrogées, leur niveau de scolarité, leur appartenance à une association professionnelle, leur attitude envers le service communautaire et leur sensibilité aux patients ont été associés à la fréquence de leurs services de bénévolat pour les populations défavorisées.
- De plus, une analyse discriminante a révélé :
 - Une forte prédilection des hygiénistes dentaires, relative à leur comportement et traits de personnalité, à s'impliquer dans les services communautaires ;
 - Un épanouissement au travail satisfaisant dans le contexte des soins bénévoles offerts aux populations défavorisées.

☞ Conclusion :

- Cette étude américaine de recherche sur les facteurs qui influencent la fréquence des soins bénévoles des hygiénistes dentaires indique à quel point les normes préparatives et les dispositions des instituts de formation sont importantes pour les populations mal desservies en soins de santé bucco-dentaire.
- Comprendre ce qui motive les hygiénistes dentaires à fournir des soins bénévoles fournit de précieux renseignements à l'élaboration des programmes d'hygiène dentaire. Ces résultats ont permis de cerner l'importance et les potentiels de l'implication des hygiénistes dentaires envers les services sociaux communautaires, la sensibilité aux besoins des patients et la satisfaction au travail [41].

3.2 Actions auprès des populations spécifiques

3.2.1 Actions auprès des enfants

- Les enfants sont les adultes de demain

☞ L'enseignement aux enfants est à la base des améliorations de Santé Publique

- Les bénéfices perçus dans l'enfance garderont leur inertie positive jusqu'à l'âge adulte, de même que les lacunes seront plus difficiles à combler « plus tard », du fait de leurs répercussions, voire leurs séquelles, et l'éventuelle nécessité d'intervenir sur leurs origines (comme le réflexe d'interposer son pouce entre ses incisives par exemple).
- Les chiffres statistiques mesurés sur l'état bucco-dentaire des populations ne sont que la finalité des quelques années qui précèdent la mesure, mais ne reflètent pas directement les impulsions données dans le présent : les enfants seront les adultes de demain, comme les adultes d'aujourd'hui étaient les enfants d'hier.

☞ L'enseignement des hygiénistes dentaires est très présent chez les jeunes patients à l'étranger : il supplée celui des parents et de l'école concernant la sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire et aux bonnes pratiques

- Cependant, cet enseignement sera fondamentalement plus complet et plus solide s'il provient des trois à la fois. De plus, associer les hygiénistes et l'école aux parents permet de maximiser les chances de toucher toutes les populations, même les plus défavorisées.
- Les hygiénistes dentaires ont aussi pour devoir d'informer le plus exhaustivement possible les parents vis-à-vis de l'hygiène bucco-dentaire et des comportements d'hygiène de vie adaptés aux enfants de tout âge.
- Par ailleurs, elles ont aussi une place importante de santé publique en regard des particularités des femmes enceintes.

☞ Les bonnes habitudes devraient, idéalement, se prendre dès l'enfance

- Les capacités d'apprentissage et d'adaptation de l'être humain (comme beaucoup d'autres animaux) atteignent leur paroxysme pendant l'enfance.

- Inculquer les bonnes pratiques de l'hygiène bucco-dentaire et d'une bonne hygiène de vie ne doit pas attendre, car elles sont d'autant plus acceptées rapidement et facilement que l'enfant est jeune.
- Il arrive parfois que même un enfant ait du mal à exécuter certaines pratiques auxquelles il aurait dû être familiarisé plus tôt : par exemple, un réflexe nauséux peut « persister » au moment du brossage des premières ou deuxièmes molaires mandibulaires, si l'habitude de nettoyage dentaire de l'enfant se limitait aux dents du sourire.
- La majorité des chirurgiens-dentistes en ayant l'opportunité ont tendance à adresser à leur hygiéniste les enfants en bas âges, ceux-ci réclamant un comportement particulièrement adapté, pour lequel les chirurgiens-dentistes n'ont pas toujours la patience nécessaire.

- L'adolescence, une période difficile pour l'hygiène bucco-dentaire

- ☞ L'adolescence est une période difficile, où les habitudes de l'enfance disparaissent au profit de nouvelles découvertes.
 - Rébellion, questionnement de l'autorité et de ses préceptes, introversion frôlant l'égoïsme... tels peuvent être les reliefs de la nature adolescente ; et l'observance n'en fait pas partie. C'est à cette période que les jeunes adultes risquent le plus d'interrompre les bonnes pratiques dont, enfants, ils avaient sagement fait un usage routinier.
 - L'adolescent va chercher à bâtir ses propres règles, en accord avec ce qu'il pense vouloir attendre de lui-même : l'influencer positivement relève parfois d'un parcours du combattant et requiert un apprentissage et l'application de « méthodes » bien spécifiques [15].
 - Le contenu des formations menant aux diplômes d'hygiéniste dentaire présentant des variantes d'un pays à l'autre, nous ne pouvons affirmer purement et simplement ce qui suit, mais il est fort probable, parmi les enseignements en communication qu'elles doivent assimiler, qu'elles reçoivent la panoplie des outils nécessaires pour intervenir auprès des patients de cet âge critique.
- ☞ Le suivi des bonnes pratiques de l'hygiène est donc à monitorer de près pendant l'adolescence, et des contrôles réguliers et des séances de motivation à l'hygiène sont recommandées, mais une marge d'amélioration non négligeable persiste.

- Action dans les collèges : une étude Suédoise

D'après une étude suédoise intitulée « Hygiénistes dentaires travaillant dans les écoles – Un programme de deux ans d'intervention dans des collèges suédois » [29] (Hedman et al., 2015 : *Dental Hygienists Working in Schools – A Two-year Oral Health Intervention Programme in Swedish Secondary Schools*, en anglais dans le texte).

🌀 Objectif et méthode :

- Les auteurs ont cherché à étudier la possibilité d'influencer l'incidence des caries, les connaissances et les attitudes des adolescents en matière de prévention bucco-dentaire par le biais d'un programme d'intervention en milieu scolaire.
- Parmi les élèves de quatre écoles d'un comté de Suède ont été randomisés un groupe d'intervention et un groupe témoin.
 - Dans le groupe d'intervention, deux hygiénistes dentaires travaillaient 4 heures par semaine pendant deux ans. Des mesures d'éducation sanitaire et de prévention, telles que des traitements de vernis au fluorure tous les 6 mois, ont été réalisées.
 - Le groupe témoin n'a reçu aucune intervention.
- L'étude a inclus un total de 534 participants âgés entre 12 et 16 ans.
- Les variables étudiées dans les résultats furent :
 - l'incidence des caries évaluée sur des radiographies « bite-wing » ;
 - les connaissances et les attitudes acquises mesurées par des questionnaires.

🌀 Résultats :

- Le programme d'intervention a eu un impact sur l'incidence des caries de l'émail, alors qu'aucun effet sur les caries dentinaires n'a pu être observé.
- Les données des questionnaires ont montré que les adolescents considéraient leurs dents comme importantes.
 - Les adolescents du groupe d'intervention avaient une meilleure connaissance de la santé bucco-dentaire et de l'hygiène buccale que le groupe témoin après deux ans.
 - Cependant, aucun impact sur les attitudes envers le tabac n'a pu être observé.
 - La majorité des adolescents ont apprécié l'éducation sur la santé bucco-dentaire et le tabac et furent convaincus que les hygiénistes dentaires les aideraient à améliorer leur santé bucco-dentaire [29].

3.2.2 Actions auprès des personnes dépendantes

- Odontologie gériatrique

☞ Il y a 25 ans, la prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées étaient déjà une préoccupation grandissante.

- En provenance des Pays-Bas, un article du périodique *Gerodontology* passe en revue les démonstrations que les différentes études du sujet ont apportées [5].
- Les auteurs résument ainsi leur constat : « Les soins de santé bucco-dentaire complets sont une caractéristique essentielle de la qualité de vie. Dans un proche avenir, un plus grand nombre de personnes âgées conserveront plus de dents naturelles, qu'elles soient ou non complétées par des prothèses, et/ou pourront être dotées d'implants. En conséquence, le contrôle de plaque sera beaucoup plus exigeant. »
- De leur développement des données examinées, ils concluent qu'en « se fondant sur les bases stratégiques recommandées et les quelques études concernant l'efficacité des programmes d'hygiène buccale pour les personnes âgées, il peut être suggéré que :
 - » La dentisterie préventive devrait être élargie pour faire partie intégrante de la promotion de la santé en général.
 - » Il serait important d'intervenir sur l'influence des stéréotypes [qui caricaturent les chirurgiens-dentistes aux yeux des patients d'une part, et les personnes âgées aux yeux des dentistes d'autre part].
 - » Les hygiénistes dentaires doivent jouer un rôle important dans l'enseignement dentaire : des techniques d'hygiène buccale d'instruction et de démonstration combinées à une évaluation systématique sont des conditions préalables à une amélioration à long terme de l'hygiène buccale.
 - » L'utilisation d'un dentifrice contenant du fluor doit être recommandée.
 - » Les groupes de personnes âgées doivent être différenciés :
 - » Seuls les personnes âgées alertes et non confuses peuvent effectivement participer aux programmes éducatifs.
 - » Les personnes âgées plus confuses ont d'avantage besoin d'un soutien professionnel régulier, et le rinçage à la chlorhexidine doit être recommandé. » [5].

☞ Intérêt de la presse spécialisée des hygiénistes dentaires pour le sujet [10].

- Dans un article de presse spécialisée canadienne (*Canadian Journal of Dental Hygiene*), Mary Bertone, présidente de l'ACHD, relate sa participation à un comité de liaison entre spécialistes, organisé par le Centre de vieillissement de l'Université du Manitoba, et intitulé « Les soins bucco-dentaires : essentiels pour le vieillissement sain et la qualité de vie ».
- Les discussions entre professionnels de santé bucco-dentaire, fonctionnaires gouvernementaux, et autres prestataires de santé ont « affirmé vigoureusement et clairement le nombre toujours grandissant des personnes âgées, la réalité de leurs problématiques de santé, ainsi que la croissance du déficit entre leurs besoins et les services de soins bucco-dentaires actuellement disponibles. »
 - Parmi ces problématiques, celle de la proportion inquiétante des usagers présentant un niveau de cognition insuffisant pour prendre des décisions fondamentales de santé pour eux-mêmes fut abordée.
 - En conclusion de ses réflexions sur la profession qu'elle représente, Mary Bertone conclut alors « qu'il est important pour la profession d'hygiène dentaire de demeurer conforme à ses rôles traditionnels et à ses services essentiels, ses membres devraient porter attention à ces tendances et opportunités afin de devenir des agents de changement. »

☞ Conclusion : l'enseignement des bons gestes de prévention devrait être accessible par toutes les strates de la population, en particulier de nos aînés, qui sont d'autant plus vulnérables vis-à-vis des problèmes de santé.

- La particularité d'un corps vieillissant est qu'il expose la personne âgée à toute sorte de comorbidités, en particulier :
 - Les carences nutritionnelles consécutives d'une diminution des capacités digestives, directement liées aux pertes de capacité masticatoire ;
 - Les maladies infectieuses telles que, par exemple, la pneumonie. Or, une étude américaine a démontré que l'intervention hebdomadaire d'un professionnel de santé bucco-dentaire en maison de repos aide à prévenir de son incidence [58].
- À l'aide d'une pédagogie adaptée, les déficits de l'âge qui avance ne devraient plus être un obstacle aujourd'hui. « Apprendre en fin de vie » devient une possibilité à portée de main [31 : "*Learning in later-life*", en anglais dans le texte].

- Cancer et soins palliatifs

☞ Services de soins palliatifs :

- Dans certains pays, les hôpitaux accueillent les services des hygiénistes dentaires les bras ouverts, une place au sein des équipes de soins palliatifs leur revenant de droit [14].
- Les connaissances et l'adaptativité de ces auxiliaires de prévention sont même très bénéfiques. Les hygiénistes dentaires suffisamment préparées dans leurs études sont, parfois, amenées à faire face aux multiples fléaux de la fin de vie :
 - Démence
 - Douleur et morphine
 - Déficience respiratoire
 - Effets secondaires des traitement palliatifs
 - Parfois, euthanasie
- La prévention a ici une place d'allègement des douleurs et des inconforts d'un tel contexte.

☞ Services d'oncologie

- Les service accueillant les patients traités pour un cancer prévoient pour les hygiénistes dentaires une place davantage polyvalente, d'une utilité indispensable.
- En effet, la qualité, à la fois de l'hygiène bucco-dentaire et de l'hygiène de vie, est essentielle au contrôle des séquelles et des risques encourus par des traitements oncologiques, pouvant faire intervenir la chirurgie, la chimiothérapie et/ou la radiothérapie [51].
- L'hygiéniste dentaire devra alors intervenir dans :
 - La prévention, le dépistage et le traitement des comorbidités bucco-dentaires telles que la mucite ou la chimio/radionécrose ;
 - La prévention et le dépistage de foyer infectieux bucco-dentaires, à haut risque de diffusion systémique en cas d'immunodéficience induite ;
 - L'accompagnement à l'hygiène bucco-dentaire des patients à autonomie limitée ;
 - La rééducation et la réadaptation des fonctions buccales dans les cas de chirurgie de la face et des maxillaires ;
 - Et éventuellement, la nutrition

- Handicap

☞ Il y a une trentaine d'années, le Dr. Sylvia Bickley s'intéressait à l'amélioration des conditions de la personne en situation de Handicap.

- Dans sa publication de 1987, « Une approche bucco-dentaire des soins de l'adulte handicapé », elle positionnait la prévention au premier plan des besoins en soins bucco-dentaire de cette population spécifique au Royaume Uni [12].
- Trois ans plus tard, elle mène une enquête auprès d'un groupe de 34 hygiénistes dentaires pour étudier les obstacles potentiels à la prestation de soins dentaires aux personnes ayant un handicap mental [11].
 - Des obstacles similaires à ceux indiqués dans les études sur les dentistes ont été observés chez les hygiénistes. Les préoccupations étaient principalement liées à des préjugés basés sur un manque de connaissance et d'expérience.
 - Ce constat a mis en lumière des lacunes dans l'enseignement des hygiénistes.
 - Cependant, la plupart des hygiénistes (73,5 %) se sont senties plus compétentes et optimistes au sujet du traitement des personnes ayant un handicap mental après une période d'expérience professionnelle post-diplôme.

☞ Deux décennies plus tard, une étude américaine établit que l'enseignement des hygiénistes dentaires est de meilleur augure [19] :

- Parmi les 102 programmes de formation d'hygiénistes dentaires étudiés, 98% incluaient les notions propres au traitement des patients aux besoins spécifiques².
- Cependant, seulement 43% des programmes requéraient des étudiants une expérience clinique de soins aux patients handicapés.
- Néanmoins, les changements récents dans les normes d'accréditation exigent que les étudiants diplômés en hygiène dentaire soient compétents dans l'évaluation des besoins de traitement des patients ayant des besoins spéciaux et 29,4% des répondants ont indiqué qu'ils sont en faveur d'une augmentation des expériences cliniques pour les étudiants afin de leur donner plus de possibilités de travailler avec des patients ayant des besoins spéciaux.

☞ Un certain nombre d'hygiénistes du Royaume Uni est employé par le *Community Dental Services* (CDS), qui traite les patients ayant des besoins spécifiques variés.

² Aux Etats-Unis, « personne aux besoins spécifiques » est l'euphémisme d'usage se référant à l'appellation respectueuse de la personne en situation de Handicap.

Conclusion sur le métier d'hygiéniste dentaire

Le relativement récent métier d'hygiéniste dentaire et la délégation des actes préventifs par les chirurgiens-dentistes se sont rapidement étendus à travers le monde à la mesure de la prise de conscience que la carie et la maladie parodontale n'étaient pas des fatalités. Néanmoins, malgré une volonté commune et croissante des autorités et des praticiens d'orienter les soins bucco-dentaires vers les concepts préventifs, la France fait partie des très rares pays dépourvus d'hygiénistes dentaires.

Dans la grande majorité des systèmes de soins étrangers les plus perfectionnés techniquement, il s'avère que les problématiques publiques de prévention bucco-dentaire et les soins prophylactiques au cabinet sont confiés à des hygiénistes dentaires. Il serait simple, mais probablement erroné, d'en déduire un manque d'intérêt de la part de la profession des chirurgiens-dentistes. Compte tenu des densités démographiques des professions de santé et de la disponibilité de soin face aux besoins grandissants d'interventions thérapeutiques et prophylactiques, il est plutôt nécessaire de constater que la répartition des responsabilités d'une part, et la spécialisation des pratiques odontologiques d'autre part, se sont imposées d'elles-mêmes. En d'autres termes, il ne faut pas croire que les chirurgiens-dentistes de ces pays-là ne veulent pas ou ne peuvent pas s'investir davantage dans la prévention, mais que leurs expertises générales et spécifiques en odontologie les positionneraient en situation de surqualification dans le domaine de la prévention, et les rendraient acteurs d'un « gâchis » de l'offre de soin, déjà trop réduite dans beaucoup de contrées.

En effet, les associations d'hygiénistes dentaires tels que l'ADHA (Etats-Unis) ou l'ACHD (Canada) gagnent en influence à mesure que ce métier gagne en importance, ainsi la promotion de la santé bucco-dentaire, comme le fonctionnement des cabinets dentaires, y gagnent en efficacité. À titre d'exemple révélateur, il est extrêmement rare qu'un américain ou un canadien parte en vacances sans son fil dentaire... De même qu'au sein de l'Europe, en particulier dans les pays nordiques, la prophylaxie semble avoir un « train d'avance » sur la France. Or, avec l'envie de décharger cette évaluation de sa subjectivité, nous avons eu la volonté de déceler la réalité de la prévention bucco-dentaire des français et de distinguer la vérité sur l'opinion publique relative aux hygiénistes dentaires.

Chapitre II :

LE SONDAGE SUR LES HYGIÉNISTES DENTAIRES

En France, un certain nombre de chirurgiens-dentistes considèrent qu'accueillir et autoriser les hygiénistes dentaires imposeraient, à l'organisation actuelle de la pratique de l'odontologie, des changements trop radicaux et trop rapides pour qu'elle s'y adapte. La crainte des risques de débordements dangereux pour la situation professionnelle des chirurgiens-dentistes fait qu'aujourd'hui « les chirurgiens-dentistes français ne veulent pas d'hygiénistes ». C'est la réponse que l'on nous a donnée quand nous avons interrogé les syndicats dentaires (FSDL et CNSD) et certains membres du Conseil National, relativement au *statu quo* du législateur à ce sujet qui fait polémique depuis 40 ans.

En parallèle, nous avons pu lire de l'ONDPS qu'il « est difficile de se faire une idée de l'opinion majoritaire chez les chirurgiens-dentistes eux-mêmes, les différents acteurs clés avançant que les dentistes sont majoritairement pour ou contre la délégation d'exercice aux assistantes, en fonction de leur propre position. Cependant, il semble que cette réforme, si elle devait avoir lieu, entérinerait une évolution de fait dans les cabinets, où il est fréquent que les assistantes effectuent des actes en bouche, avec l'accord du praticien. » [63]

Afin de développer le sujet d'une hypothétique mise en place du métier d'hygiéniste dentaire en France, il était nécessaire d'en connaître exactement les freins. Nous avons donc créé un sondage avec pour objectif, dans un premier temps, de déterminer avec précision l'opinion des chirurgiens-dentistes français sur les hygiénistes dentaires.

1. La Création du Sondage

1.1 Les enjeux, problématiques et outils de sondage

1.1.1 Élargissement et diversification de la population de sondé

- Intérêt de départ : l'opinion des chirurgiens-dentistes

- ☞ Êtes-vous pour ou contre la création du métier d'hygiéniste dentaire en France ?
 - Cette question, avant d'apparaître dans notre sondage, fut posée à de multiples reprises aux confrères et consœurs avec qui nous avons eu l'occasion d'aborder le sujet : la réponse positive était souvent accompagnée de conditions, avis que chacun a sur une telle évolution hypothétique.
 - Il était donc pertinent d'ajouter au sondage des questions de fond et de forme relatives à leurs opinions sur le sujet et portant sur les actes autorisés aux hygiénistes dentaires, les conditions de relation au chirurgien-dentiste, le degré de responsabilité, etc.
- ☞ À l'origine, donc, la population visée par le sondage étaient les chirurgiens-dentistes français. Or, l'opinion des chirurgiens-dentistes étrangers, surtout ceux ayant l'expérience de la pratique avec les hygiénistes dentaires, devint source d'un grand intérêt : le sondage devrait être diffusé sur internet, car la toile ne connaît pas de frontière, et ainsi simplifier sa distribution, sans limite matérielle.
- ☞ À partir de cette décision d'utiliser un moyen de communication en ligne, tout devint possible : des données pouvaient être récupérées de la part de n'importe quel type de sondé, à condition de pouvoir les séparer facilement au dépouillement.
 - Ainsi, après la question de l'âge et du sexe du sondé, vient immédiatement la question de la profession : c'est ce premier tri qui nous a permis de poser des questions spécifiques aux différentes catégories professionnelles qui ont participé.
 - Ce principe de programmer une suite de questions dépendantes de chacune des précédentes se nomme « questionnaire dynamique ». Nous verrons son fonctionnement dans le détail plus loin.

- Extension progressive aux patients et aux autres professions

- ↪ Ainsi, au fur et à mesure que les questions posées se spécifiaient et n'étaient pertinentes que posées à une certaine part de la population, d'autres « choix de profession » furent ajoutés, et d'autres questions spécifiques à ces catégories furent rédigées.
 - Très rapidement, le questionnaire fut étendu à la population générale, « non-dentiste », avec pour objectif de cerner les besoins et les souhaits de la population que nous appellerons « les patients ».
 - Par ailleurs, pour éviter les biais aux questions sur la structure de travail des praticiens et l'évaluation de l'hygiène de leurs patients, les étudiants en chirurgie dentaire furent mis à part au départ, puis rassemblés à la population des chirurgiens-dentistes sur les questions à propos des hygiénistes dentaires.
- ↪ Enfin, proche de la fin de la rédaction du sondage qui dès lors s'adressait à « n'importe qui », nous avons jugé intéressant d'ajouter une catégorie très particulière : les hygiénistes dentaires.
 - En effet, nous ne pouvions anticiper l'amplitude de l'effet « bouche-à-oreille électronique », soit le partage entre usagers, sur lequel nous comptions pour la diffusion du lien vers le sondage : il avait donc fallu prévoir l'hypothèse de répondants hygiénistes.
 - Cette partie fut rédigée très succinctement, ayant pour seul objectif de ne pas confondre les réponses des hygiénistes dentaires avec celles des chirurgiens-dentistes dans le cas où les premières se retrouvaient à sélectionner la catégorie des deuxièmes par défaut. Nous verrons plus loin les regrets que nous inspire aujourd'hui cet empressement.
- ↪ Par ailleurs, c'est en imaginant certains profils vers lesquels l'ensemble des réponses tendraient qu'est apparue la tentation de faire des comparaisons statistiques.
 - Ce fut le cas pour les professions de santé, appelées « autres professions médicales et paramédicales », que nous supposons être en meilleure connaissance des tenants et aboutissants de la prévention et de l'hygiène bucco-dentaire : leurs poser les mêmes questions, mais séparément, aura permis de confronter leurs résultats à ceux de la population générale.

- De plus, les assistant(e)s dentaires et les infirmier(ère)s furent mis(e)s à part, surtout dans le but d'établir la possibilité de leur ouvrir la formation d'hygiéniste dentaire dans des conditions salariales équivalentes aux infirmier(ère)s spécialisées.

- Aboutissement à huit catégories

☞ C'est ainsi que nous avons séparé huit catégories de professions.

- Cependant, la catégorie des prothésistes est ambiguë. Dans la mesure où leur formation ne contient pas ou très peu d'enseignement sur la santé bucco-dentaire et sa prévention, nous les avons placés arbitrairement dans la même catégorie que le reste des « patients ».
- La Question à Choix Multiple (QCM) propose la liste suivante :
 - Chirurgien-dentiste diplômé
 - [Chirurgien-dentiste étranger]
 - [Chirurgien-dentiste français]
 - Étudiant en chirurgie dentaire
 - Infirmier(ère)
 - Hygiéniste dentaire
 - Assistant(e) dentaire
 - Patient (profession non liée à la dentisterie) et prothésiste
 - Autres professions médicales et paramédicales

☞ Dans la suite du document, nous emploierons les diminutifs sous forme de lettres³ quand se présentera la nécessité de concentrer les informations dans un souci de lisibilité :

- D = chirurgiens-Dentistes (dont français, étrangers, et étudiants)
- I = Infirmier(ère)s
- H = Hygiénistes dentaires
- A = Assistant(e)s dentaires
- S = professionnels de Santé
- P = Patients, ou personnes sans lien avec la dentisterie, et prothésistes
- PG = Population Générale (P + I + S ou P + S)

³ Le lecteur retrouvera la liste de ces diminutifs et leurs significations dans la table des abréviations.

1.1.2 Moyens de mise en œuvre : « Google Forms » et « Facebook »

- Présentation de Google Forms

☞ Google Forms est un logiciel de création de formulaire qui est proposé dans la suite bureautique gratuite de Google. Il permet de

- créer en ligne des questionnaires et des sondages ;
- les diffuser sous forme de lien internet ;
- d'en récupérer les résultats sous forme de tableur *Google Sheets*.

☞ L'ensemble des questions est divisé en fenêtres appelées « rubriques ».

➤ Ces rubriques permettent de rassembler plusieurs questions posées les unes à la suite des autres sous un même titre.

▸ La validation d'une rubrique envoie le participant à la rubrique suivante, qui est déterminée dans un ordre personnalisable. Par exemple, il est possible de configurer un « saut » d'une rubrique à l'autre ainsi :

- Si réponse sélectionnée = OUI, passer à la rubrique 4
- Si réponse sélectionnée = NON, passer à la rubrique 11

▸ La forme des questions qui composent une rubrique est adaptable à la forme des réponses attendue : QCM, liste à cocher, réponses libres, etc.

➤ Le nombre de rubriques est illimité, mais il est préférable de savoir qu'une quantité importante de données demandera beaucoup de ressource au navigateur, jusqu'à contrarier l'utilisation convenable de l'outil.

Figure 6 : Le visuel qu'a l'administrateur sur le sondage n'est pas le même que celui du participant (exemple)

[Source : capture d'écran depuis pages internet]

The figure shows two screenshots of a Google Form titled "Sondage sur le métier d'hygiéniste dentaire".

The left screenshot shows the administrator's view. The title is "Rubrique 2 sur 33". The question is "Votre situation professionnelle" with a description "(facultative)". The question type is "Choix multiples". The options are:

- Un(e) dentiste diplômé(e)
- Un(e) étudiant(e) en dentaire
- Un(e) assistant(e) dentaire
- Un(e) hygiéniste dentaire
- Un(e) infirmier(ère)
- Autre profession médicale ...
- Patient (= profession non liée à la dentisterie) ou prothésiste
- Ajouter une option ou AJOUTER "AUTRE"

The right screenshot shows the participant's view. The title is "Sondage sur le métier d'hygiéniste dentaire". The question is "Votre situation professionnelle" with a red asterisk indicating it is mandatory. The question type is "Choix multiples". The options are:

- Un(e) dentiste diplômé(e)
- Un(e) étudiant(e) en dentaire
- Un(e) assistant(e) dentaire
- Un(e) hygiéniste dentaire
- Un(e) infirmier(ère)
- Autre profession médicale ou paramédicale
- Patient (= profession non liée à la dentisterie) ou prothésiste

At the bottom of the participant's view, there are "RETOUR" and "SUIVANT" buttons, and a note: "N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms."

- ☞ La diffusion d'un formulaire peut se faire par e-mail, par l'obtention d'un lien internet (« copié-collé » ou par l'intégration d'un code HTML dans une page web).
- Exemples :
 - [Participez au sondage](#)
 - Aller au sondage : <https://goo.gl/forms/FgrYpU4PzX1gTOmp1>
- Ces deux exemples mènent au même endroit : le sondage en ligne tel qu'il apparaît aux participants, non-modifiable et sans accès aux résultats.

- Présentation de Facebook

- ☞ Facebook est un des réseaux sociaux les plus fréquentés en France.
 - Le concept de « partage de publication » nous a permis de diffuser le sondage, diffusion reposant sur les réseaux « d'amis » des utilisateurs.
 - Par ailleurs, nous avons posté un lien vers le sondage sur la page « Dentistes de France », présentant 18 400 membres, en grande majorité chirurgiens-dentistes.
- ☞ Bien que Facebook ne soit pas spécialement une voie de diffusion scientifiquement correcte, elle nous a permis de recevoir plusieurs centaines de participations.

1.1.3 Contraintes

- Volonté de réponses intéressantes : quantité et qualité

- ☞ Représentativité quantitative : besoin d'un grand nombre de participants
 - Choix d'un sondage en ligne pour maximiser le nombre de répondants.
 - Utilisation de Facebook : les utilisateurs s'y connectent pendant leur temps libre, ce qui potentialise les chances de participation spontanée.
 - Nous avons eu la chance d'obtenir l'aide de nos proches pour la diffusion du lien vers d'autres « cercles d'amis ».
- ☞ Représentativité qualitative : éviter les biais de formulation et de sélection
 - Séparation des catégories pour analyser leurs représentativités séparément.
 - Nous avons expérimenté la fameuse difficulté de rester neutre et clair dans la formulation de questions sur un sujet où il était douloureux de rester impartial...

- La méconnaissance du sujet

↪ Une des principales difficultés de formulation fut de questionner les français à propos d'un métier qui n'existe pas en France.

- Nous avons alors opté pour le choix de proposer une description simplifiée de la profession d'hygiéniste dentaire et ses oppositions, en s'efforçant d'être objectifs.
- Les sondés ont eu à évaluer leur niveau d'acointance avec le sujet de l'hygiéniste dentaire :
 - Ceux qui répondirent « Je connais très bien le concept et ses problématiques » passèrent directement aux questions sur leurs opinions.
 - Ceux qui répondirent « J'en ai vaguement entendu parler » ou bien « C'est la première fois que j'en entend parler » furent renvoyés à un paragraphe d'explication que voici :

« L'hygiéniste dentaire est un professionnel de santé à qui le chirurgien-dentiste peut déléguer un certain nombre de tâches. Elle/il a globalement son rôle dans la prévention bucco-dentaire, qui consiste à dépister les problèmes débutants, optimiser le brossage des dents (et ainsi limiter l'apparition de foyers infectieux), et informer des conduites à tenir pour maintenir une bonne santé bucco-dentaire et une bonne santé en générale.

» Les tâches autorisées à la profession sont encadrées juridiquement. Aujourd'hui, elles sont variables d'un pays à l'autre mais les plus courantes sont les suivantes : examen clinique (contrôle) ; détartrage ; polissage ; soins des gencives ; initiation et motivation au perfectionnement de l'hygiène bucco-dentaire : enseignement d'une méthode de brossage optimale, de la technique de passage du fil dentaire, ajustement des habitudes alimentaires, etc... Et cela pour les adultes comme pour les enfants bien sûr.

» D'autre part, la délégation de certains actes permettrait aux dentistes de consacrer plus de temps à ceux qui requièrent leur expertise, entraînant potentiellement une augmentation de la productivité, une diminution du temps d'attente des patients pour obtenir un rendez-vous, et une meilleure réponse à la demande de soin dans les déserts médicaux.

» Cependant, certains patients peuvent être réticents à l'idée de consulter deux praticiens au lieu d'un, de la même façon que les dentistes peuvent être réfractaires à la perte de leur monopole du travail en bouche. »

1.2 Objectifs du sondage : les données recherchées

1.2.1 Parmi les équipes de soins bucco-dentaires françaises

- Informations attendues sur les chirurgiens-dentistes

☞ Parmi les chirurgiens-dentistes exerçant en France :

- Préalablement, comme une sélection stricte de la population interrogée aurait été difficile à mettre en place, des informations visant à positionner le sondé dans une population précise de chirurgiens-dentistes devaient être demandées :
 - Département d'exercice
 - Structure de travail
 - Types d'activités
- Ensuite, nous avons pris l'initiative de tenter une évaluation de l'état de la prévention au cabinet et les actes de prophylaxie dentaire :
 - Pratique de la prévention en cabinet d'omnipratique et de spécialité
 - Évaluation de l'hygiène bucco-dentaire des patients
 - Évaluation de la disponibilité du chirurgien-dentiste et de sa quantité de travail
- Enfin, nous avons estimé que des précisions sur l'opinion avancée à la question principale « pour ou contre les hygiénistes dentaires » étaient indispensables :
 - À ceux qui ont répondu qu'ils étaient « contre », nous leur avons demandé quels arguments motivaient leur choix
 - À ceux qui ont répondu qu'ils étaient « pour », nous leur avons demandé leur avis sur les conditions de mise en place du métier d'hygiéniste dentaire :
 - Les actes qui pourraient leurs être délégués
 - Les statuts qui pourraient encadrer leur pratique (collaboration libérale, salariat, etc.)

☞ Cas particulier des étudiants en chirurgie dentaire

- Une seule question divisa les étudiants en deux groupes : ceux qui avaient déjà exercé l'art dentaire sur des patients et ceux qui n'en avait jamais soignés.
- Les étudiants ayant pratiqué furent renvoyés vers le questionnaire des chirurgiens-dentistes, et ceux qui n'avaient pas commencé n'eurent que les questions sur les hygiénistes dentaires.

- Les assistant(e)s dentaires

- ↪ L'intérêt principal dans le contexte du sondage fut non seulement de savoir si les assistant(e)s dentaires étaient « pour ou contre la création du métier d'hygiéniste dentaire en France », mais surtout si elles n'étaient pas « pour, mais uniquement si la profession est ouverte aux assistant(e)s dentaires ».

1.2.2 Population des patients

- Population générale (PG = P + S + I)

- ↪ L'objectif principal était de d'évaluer les acquis et les besoins de la population française en prévention bucco-dentaire, et ainsi :
 - La connaissance des risques d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire ;
 - Les gestes d'une bonne pratique de cette hygiène ;
 - Les habitudes de leur hygiène de vie en nutrition et autres consommations.
- ↪ Par ailleurs, nous avons jugé pertinent de recueillir des populations P et S l'opinion générale sur la création d'un métier dédié à la prévention et les conséquences qu'une telle réforme aurait dans leur comportement vis-à-vis de la prise en mains de leur santé.

- Cas particulier des infirmier(e)s

- ↪ L'hypothèse de proposer le métier d'hygiéniste dentaire en tant que spécialité du cursus des infirmier(ère)s n'a été que très peu établi dans la littérature, qui parle surtout des débats sur la délégation des soins aux assistant(e)s dentaires.
- ↪ Nous nous sommes donc intéressés de plus près à cette profession d'auxiliaire de santé avec différents objectifs en tête :
 - Évaluer leurs connaissances sur la prévention bucco-dentaire afin de la comparer à la population générale (P et/ou S) : d'où leur participation aux questions sur la prévention bucco-dentaire comme décrit plus haut ;

- Déterminer certaines caractéristiques de leur activité professionnelle pour nous aider à formuler une hypothèse d'infirmier(ère)-hygiénistes en cohérence avec celles-ci ;
- Évaluer leurs intérêts personnels pour une telle spécialisation et leurs opinions sur une telle hypothèse.

1.2.3 Opportunité de répondants étrangers

- Le projet avorté d'une version internationale du sondage

☞ Initialement, dès les premiers résultats du sondage français, nous avons prévu d'en publier une version anglophone, spécifique aux questionnements que nous avons progressivement imaginés à l'adresse des patients, des hygiénistes dentaires et des chirurgiens-dentistes étrangers. Cette version n'a malheureusement jamais été terminée.

☞ En outre, la version française a reçu des participations de différents pays, dont le Royaume-Uni, l'Allemagne, les Pays-Bas, le Canada et les Etats-Unis.

- Réponses de praticiens exerçant à l'étrangers

☞ Les chirurgiens-dentistes

- Dans nos prévisions, cette partie devait s'intéresser surtout aux chirurgiens-dentistes français exerçant à l'étranger, mais elle ne leur était pas exclusive.
- Idéalement, nous avons espéré tirer une concordance statistique entre le niveau d'hygiène bucco-dentaire de la patientèle des chirurgiens-dentistes étrangers et le fait qu'ils travaillent ou non avec des hygiénistes dentaires.
- Par ailleurs, nous avons souhaité recueillir l'appréciation et l'avis des chirurgiens-dentistes concernés par la pratique aux côtés d'hygiénistes dentaires.

☞ Hygiénistes dentaires

- Regrettablement unique, l'objectif de les interroger était seulement de fournir un comparatif vis-à-vis des chirurgiens-dentistes, avec des questions identiques.
- Ces dernières ne furent donc pas spécifiquement adaptées à cette profession.

1.3 Notice de lecture des documents annexés au sondage

1.3.1 Trame et organisation des questions

- Google Forms : les rubriques du sondage en ligne

☞ Comme nous l'avons décrit précédemment, Google Forms nous a donné l'opportunité de créer un sondage dynamique.

- Les rubriques sont numérotées de 1 à 33 et comportent, en tout, 140 questions.
- Comme elles ne se suivent pas forcément l'ordre de leur numéro, nous avons schématisé l'organisation des « cheminements de questions d'une rubrique à l'autre » sous forme d'un organigramme, ci-dessous et en annexe 2.

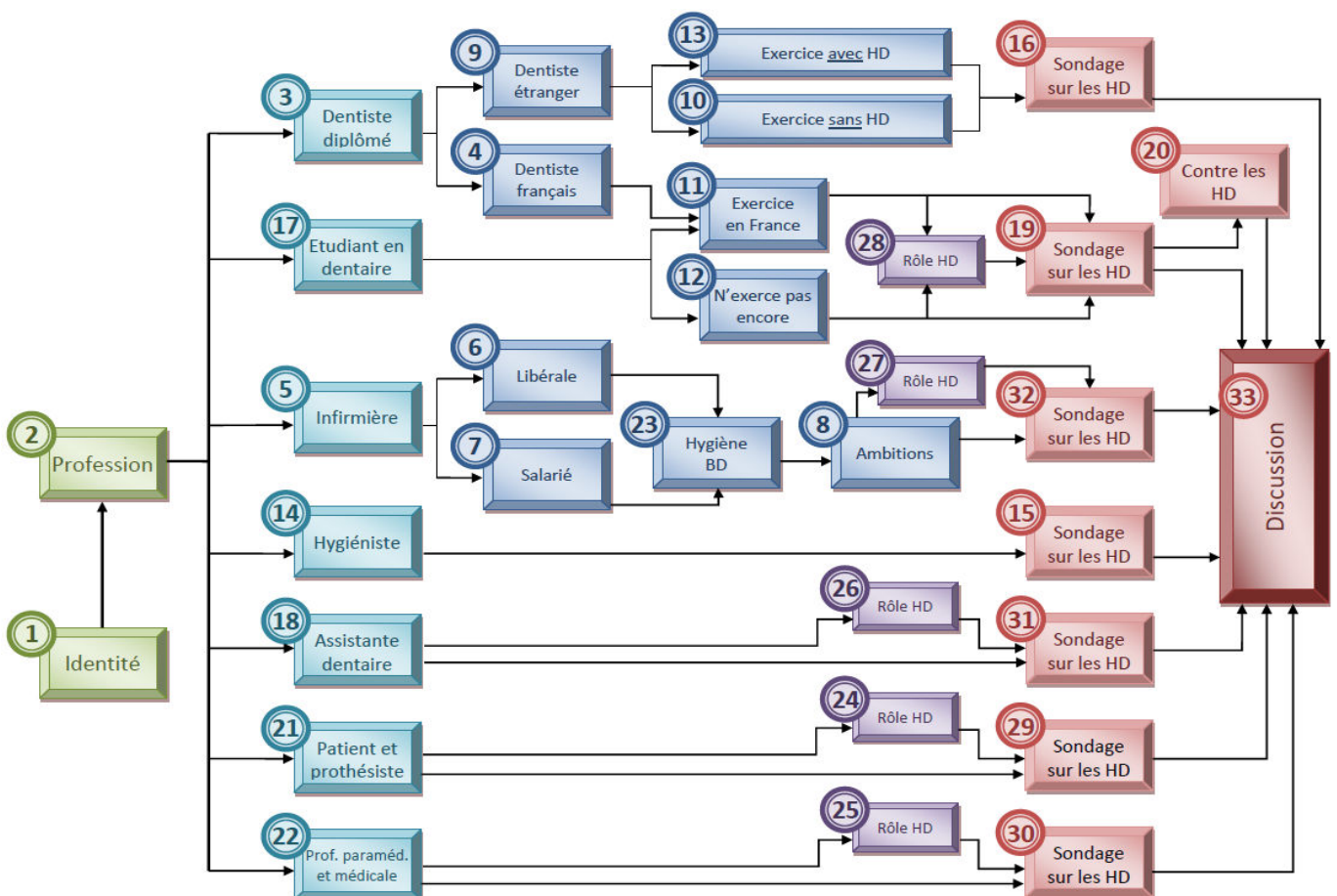


Figure 7 : Représentation miniature de l'annexe 2 : Organigramme des rubriques

[Source : création personnelle]

☞ Définition des parcours de questions et organigramme (annexe 2)

- La suite de questions auxquelles doivent répondre les sondés est en fonction de certaines réponses données :
 - Par exemple, la dernière question de la rubrique 3, adressée aux sondés ayant précédemment choisi « dentiste diplômé », se trouve la question « Où travaillez-vous ? » et deux choix sont proposés : « En France » et « Autre : »
 - Ceux qui sélectionnent « En France » sont envoyés aux questions de la rubrique 4, et ceux qui sélectionnent « Autre : » doivent inscrire leur pays d'exercice et sont envoyés aux questions de la rubrique 9.
- Dans un souci de simplification, nous avons nommé les rubriques de l'organigramme avec les titres résumant les ensembles de questions correspondantes, mais elles ne sont pas forcément similaires d'une rubrique à l'autre.
 - Les rubriques 15, 16, 19, 29, 30, 31, 32 sont intitulées « Sondage sur les H.D. » mais ne comportent pas toutes les mêmes questions.
 - Par contre, les rubriques « Rôle H.D. » sont toutes identiques et ne comportent pas de question, mais uniquement l'explication de ce qu'est le métier d'hygiéniste dentaire (se reporter au [chapitre 1.1.3](#) du chapitre II)

- Le contenu des questions : le sondage imprimable (annexe 4)

☞ Le sondage complet se trouve en ligne, enregistré sur un espace de stockage propre à Google (*Google Drive*) correspondant à un compte avec les identifiants et mot de passe du créateur : il n'est donc pas accessible sans accès administrateur.

☞ Cependant, le sondage fut téléchargé en format .pdf, imprimé, et joint en annexe (annexe 4 : « Les questions du sondage »).

- Ce document fait 47 pages et reprend toutes les questions, dans l'ordre numérique des rubriques, avec les réponses proposées. Mais, malheureusement, il ne comporte pas les numéros des rubriques.
- Ce document est donc intéressant pour lire les détails des questions mais, étant très long et peu pratique, nous avons créé un « tableau de coordination » (annexe 3) permettant de faire le lien entre les rubriques de l'organigramme et les questions correspondantes, ainsi que la page du sondage complet où elles se trouvent.

- Tableau de coordination des documents (annexe 3)

☞ Ce tableau rassemble quatre types de données de repérage dans le sondage, se reportant à trois documents différents :

- Les rubriques du sondage tel qu'il apparaît sur l'interface administrateur, qui sont inscrites sur l'organigramme des rubriques : en rouge, de **1** à **33** ;
- Les pages du sondage imprimable (annexe 4) : en bleu, de **1** à **47** ;
- Les numéros de questions figurant dans le sondage imprimable : en noir, de 1 à 140 ;
- Enfin, les colonnes correspondantes du tableur Excel rapportant les « données brutes » et que nous présenterons un peu plus loin : en vert, de **B** à **KG**

Tableau 3 : Miniature du tableau de coordination figurant en annexe 3

[Source : création personnelle]

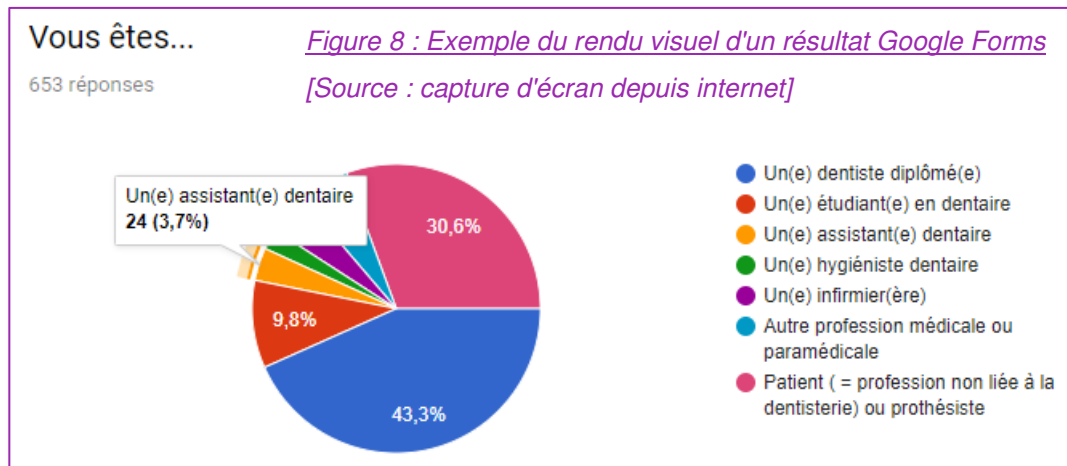
Rubr. (Form)	Page (Fol)	Quest (Fol)	Colonne (Excel)
1	1	1	B
		2	C
		3	D
2	2	4	E
		5	F
3		6	G
		7	H
4	3-5	8	I
		9	J
	5	10	K
		11	L
		12	M
		13	N
6	6	14	O
		15	P
		16	Q
5	7-9	17	R
		18	S
6		19	T
		20	U
		21	V
		22	W
7	11	23	X
		24	Y
		25	Z
		26	AA
8	12	27	AB
		28	AC
		29	AD
9	13	30	AE
		31	AF
		32	AG
10	14	33	AH
		34	AI
		35	AJ
10	14	36	AK
		37	AL
		38	AM
		39	AN
		40	AO
		41	AP
		42	AQ
		43	AR
		44	AS
		45	AT
11	16	46	AU
		47	AV
		48	AW
		49	AX
		50	AY
		51	AZ
12	17	52	BA
		53	BB
		54	BC
13	18	55	BD
		56	BE
		57	BF
		58	BG
14	19	59	BH
		60	BI
		61	BJ
14	20	62	BK
		63	BL
		64	BM
		65	BN
		66	BO
		67	BP
14	21	68	BQ
		69	BR
		70	BS
		71	BT
15		72	BU
		73	BV
		74	BW CH
16	23	75	CI CT
		76	CU
16	24	77	CV
		78	CW
		79	CX DI
17	25	80	DJ DU
		81	DV
18	26	82	DW
		83	DX
19	27-29	84	DY
		85	DZ
19	30	86	EA
		87	EB EM
		88	EN EY
		89	EZ
20	32	90	FA
		91	FB
		92	FC
21	33	93	FD
		94	FE
		95	FF FR
22	34	96	FS GC
		97	GD
		98	GE
22	35	99	GF
		100	GG
		101	GH
22		102	GI
		103	GJ
		104	GK
		105	GL
22	36	106	GM
		107	GN GZ
		108	HA HK
		109	HL
		110	HM
		111	HN
		112	HO
		113	HP
		114	HQ
		115	HR
23	37	116	HS
		117	HT IF
		118	IG IQ
23	38	119	IR
		120	IS
		121	IT
29	39	122	IU
		123	IV
		124	IW
30	40	125	IX
		126	IY JD
		127	JE
31	41	128	JF
		129	JG JL
		130	JM
32	42	131	JN
		132	JO JS
		133	JT
33	43	134	JU
		135	JV
		136	JW KC
33	44	137	KD
		138	KE
		139	KF
33	45	140	KG
		141	KL

☞ Donc, par exemple, pour suivre les questions du sondage des assistantes, il faut repérer le cheminement de rubrique sur l'organigramme, c'est-à-dire : **1-2-18-31-33** ; puis repérer les numéros de question correspondants et les pages où elles s'y trouvent sur le tableau ci-dessus, c'est-à-dire : page **1** (questions 1 à 3) puis **2** (question 4) puis **27** (question 83) puis **45** (questions 130 à 132) et enfin page **47** (questions 137 à 140).

1.3.2 Récupération des données

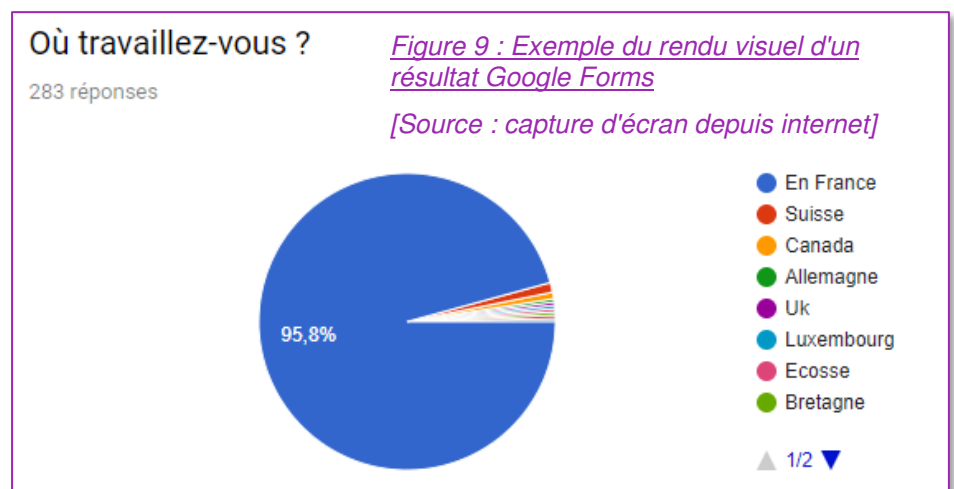
- L'analyse des données par Google Forms

☞ Pour les questions simples, l'interface « réponses » de l'outil se révèle pratique : l'analyse des données et la mise en forme des graphiques sont automatiques.

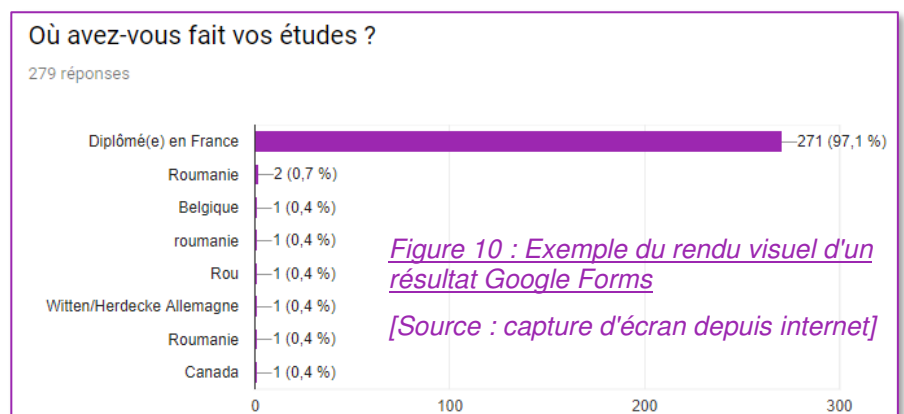


- Les limites de l'analyse automatique

☞ Pour les réponses complexes ou à choix nombreux, les figures deviennent illisibles et perdent en pertinence :



☞ Dans certains cas, le choix de présentation graphique, qu'on ne peut pas modifier, n'a aucun rapport avec les données présentées, et le résultat devient abscons :



1.3.3 Analyse des données

- Le tableur et les données « brutes »

- ☞ Pour répondre aux problématiques de mise en forme automatique des résultats, nous avons dû récupérer les résultats du sondage sous la forme de leurs données d'origine.
 - Elles sont téléchargeables et se présentent dans un tableur, contenant une colonne par question, et une ligne par formulaire terminé.
 - Or, certaines questions (telles que les n°87 et 88, sur les actes à autoriser ou non aux hygiénistes dentaires) mettent en place différents items, aboutissant à des réponses à deux dimensions (dans le cas de l'exemple donné : « les actes possibles » et « le degré d'autonomie pour chacun d'eux »).
 - Les réponses à ces questions se retrouvent alors étalées sur autant de colonnes que d'items (dans l'exemple : « les actes possibles »).
 - Pour faire bref, les résultats bruts se présentent en un tableau de 319 colonnes par environ 650 lignes. Ils ne seront donc pas joints à cette thèse. Le référencement des colonnes figure néanmoins dans le tableau de coordination (annexe 3).
- ☞ Bien que nous ayons pu diviser ce tableau global en huit individuels, correspondants aux huit catégories professionnelles, ces derniers restent cependant trop imposants pour être imprimables et lisibles : seule l'analyse des chiffres de ce tableur, question par question, sera présentée en deuxième partie de ce chapitre.

- Méthodes d'analyse des données statistiques

- ☞ Les items furent analysés au cas-par-cas, afin de compenser le manque relatif de rigueur statistique dans les possibilités de formulation des réponses, en particulier celles des questions ouvertes ou à expression libre. En effet, à l'écriture du sondage, la forme de l'expression fut choisie afin de faciliter la compréhension du participant et de s'approcher le plus possible de la réalité dans notre interprétation des réponses.
- ☞ En outre, les outils du trieur Microsoft Excel® furent d'une aide indispensable, en particulier vis-à-vis les deux points suivants :
 - Le tri des données brutes en fonction des échantillons étudiés ;
 - Le calcul à proprement parler des données statistiques.

2. Questions posées et statistiques sur les réponses

2.1 Précisions d'analyses

2.1.1 Précisions sur les données aberrantes

- ✎ Il convient de signaler que, de façon sporadique, certaines données auront été retirées des résultats statistiques, mais uniquement pour les raisons suivantes :
 - Incohérence extrême (exemple : travailler 190 semaines par an)
 - Impossibilité mathématique (exemple : décrire 4 catégories de ses patients en estimant leurs proportions à 20 %, 40 %, 80 % et 10 %)
 - Les réponses « ni vrai, ni faux » ne seront pas indiquées dans les résultats des questionnaires « vrai » ou « faux », mais les pourcentages sont calculés sur l'effectif total des répondants.
 - Et bien sûr, les formulaires en doublon (seul le dernier en date fut préservé).

- ✎ D'autre part, certaines données auront été modifiées pour des raisons évidentes et anodines, par exemple :
 - Une activité professionnelle décrite à hauteur de 53 semaines/an aura été ramenée à 52 semaines/an
 - Les catégories de réponses rédigées similaires auront été rassemblées : l'effectif ayant répondu « 30 heures » aura été additionné à l'effectif ayant répondu « 30 ».
 - Correction des fautes d'orthographe, de grammaire et de ponctuation dans les commentaires

- ✎ Enfin, nous avons convenu d'exprimer les proportions statistiques :
 - En pourcentage dans les populations de sondés de $n > 30$
 - En effectif (nombre entier) dans les populations de sondés de $n < \text{ou} = 30$

2.1.2 Généralités sur la population des sondés

- Proportion d'hommes et de femmes (2)⁴

Tableau 4 : Réponses à la question 2, soit la proportion d'hommes et de femmes

[Source : notre sondage]

	<u>Hommes</u>		<u>Femmes</u>	
(D)	171	50,6%	167	49,4%
(A) + (I) + (H)	3	4,7%	62	95,3%
(PG)	64	28,2%	163	71,8%
Total = 630	238	37,8%	392	62,2%

- Les tranches d'âge de la population (3)

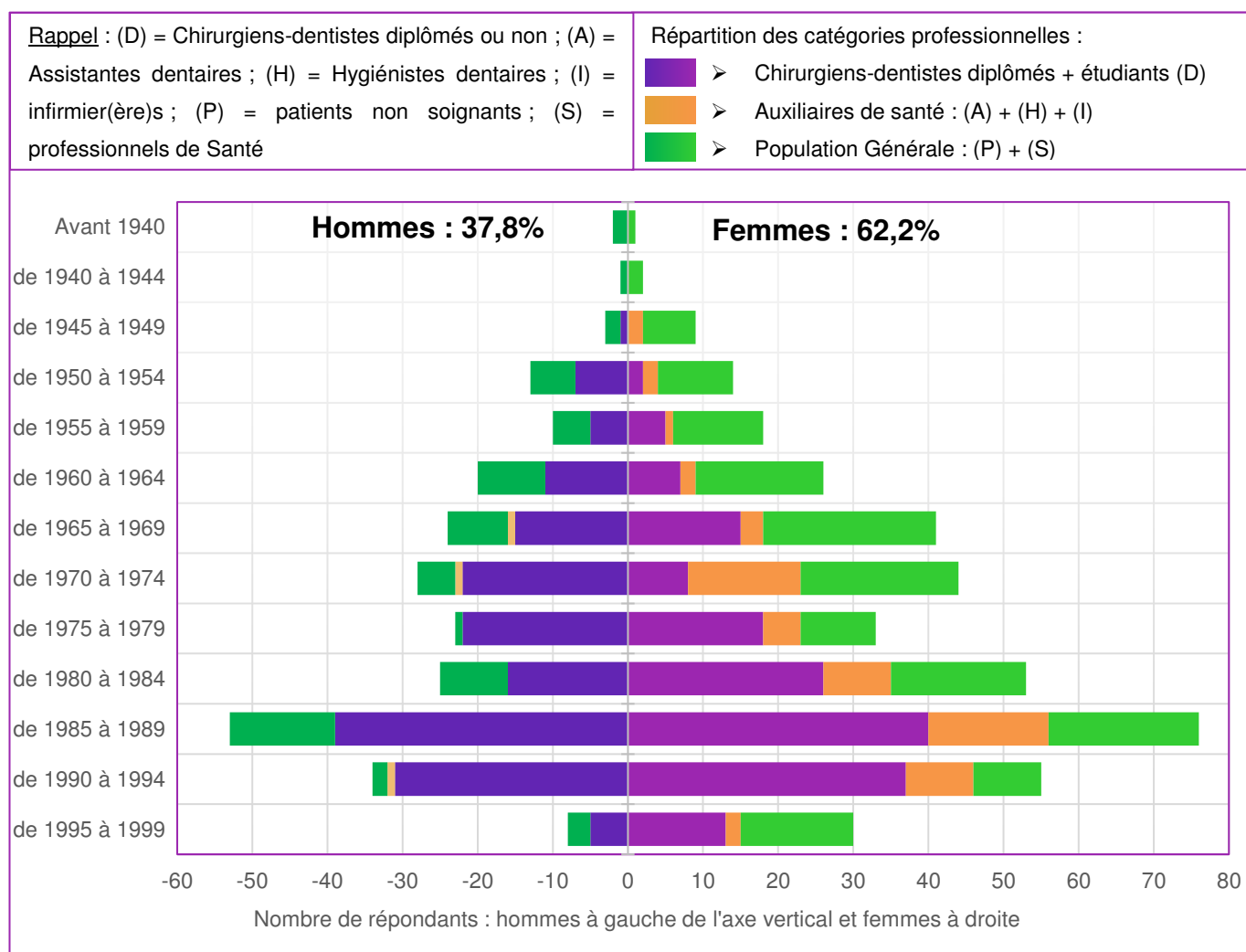
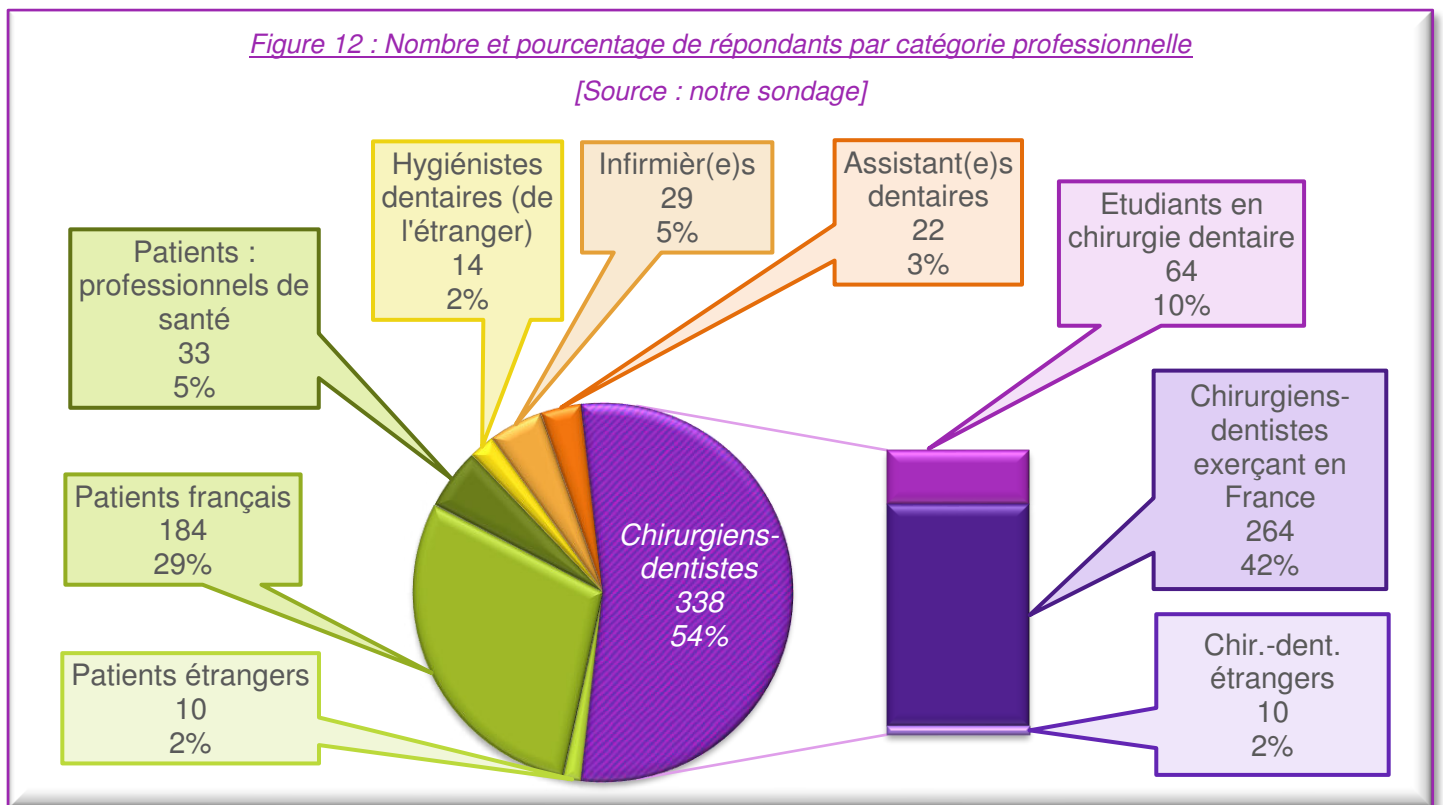


Figure 11 : Pyramide des âges des répondants, groupés par catégorie professionnelle

[Source : notre sondage]

⁴ Les nombres entre parenthèses correspondent aux numéros des questions figurant dans le sondage complet en annexe.

- Les catégories professionnelles



2.2 Réponses des chirurgiens-dentistes

2.2.1 Réponses des étudiants en dentaire (64 sondés)

☞ Avez-vous commencé à exercer la pratique de l'art dentaire sur des patients en clinique ou en remplacement ? (82)

➤ « *Oui* » = 85,9 % (55/64)

- Les 55 étudiants ayant répondu « *Oui* » ont été regroupés avec les chirurgiens-dentistes diplômés, mais sans être passés par les questions sur l'environnement de travail : se reporter au titre [2.2.3](#) « exercice en France »

➤ « *Non* » = 14,1 % (9/64)

- Avez-vous déjà entendu parler du métier d'hygiéniste dentaire ? (49)
 - Oui, je connais bien le concept et les problématiques qui en découlent : **1**
 - Oui, j'en ai vaguement entendu parler : **7**
 - Non, c'est la première fois que j'entends parler d'hygiéniste dentaire : **1**
- Les étudiants sont ensuite directement envoyés à la rubrique « sondage sur les hygiénistes dentaires », titre [2.2.3](#)

2.2.2 Préalable : nationalité (5), pays d'obtention du diplôme (6), et pays d'exercice (7)

Tableau 5 : Réponses aux questions 5, 6 et 7 (chirurgiens-dentistes)

[Source : notre sondage]

Nationalité	Diplôme	Exercice	Description de la population des chirurgiens-dentistes diplômés	Séparation statistique
France	France = 252	France	Chirurgiens-dentistes français, diplômés et exerçant en France = 252	Chirurgiens-dentistes exerçant en France = 264
	
	Roumanie = 5		Chirurgiens-dentistes français partis faire leurs études à l'étranger = 9	
	Belgique = 1			
	Autre = 3			
	Autre = 1			
Allemagne	Allemagne = 1		Chirurgiens-dentistes d'origines étrangères immigrés en France = 3	
	France = 1			
France	France	Allemagne = 1	Chirurgiens-dentistes français émigrés de France = 9	Chirurgiens-dentistes exerçant à l'étranger = 10
		Canada = 1		
		Royaume-Uni = 2		
		Suisse = 3		
		Luxembourg = 1		
		N. Calédonie = 1		
Canada	Canada	Canada = 1	1 Canadien	

2.2.3 Réponses des dentistes exerçant en France (264 sondés)

- Préalable

↳ Département d'exercice (8)

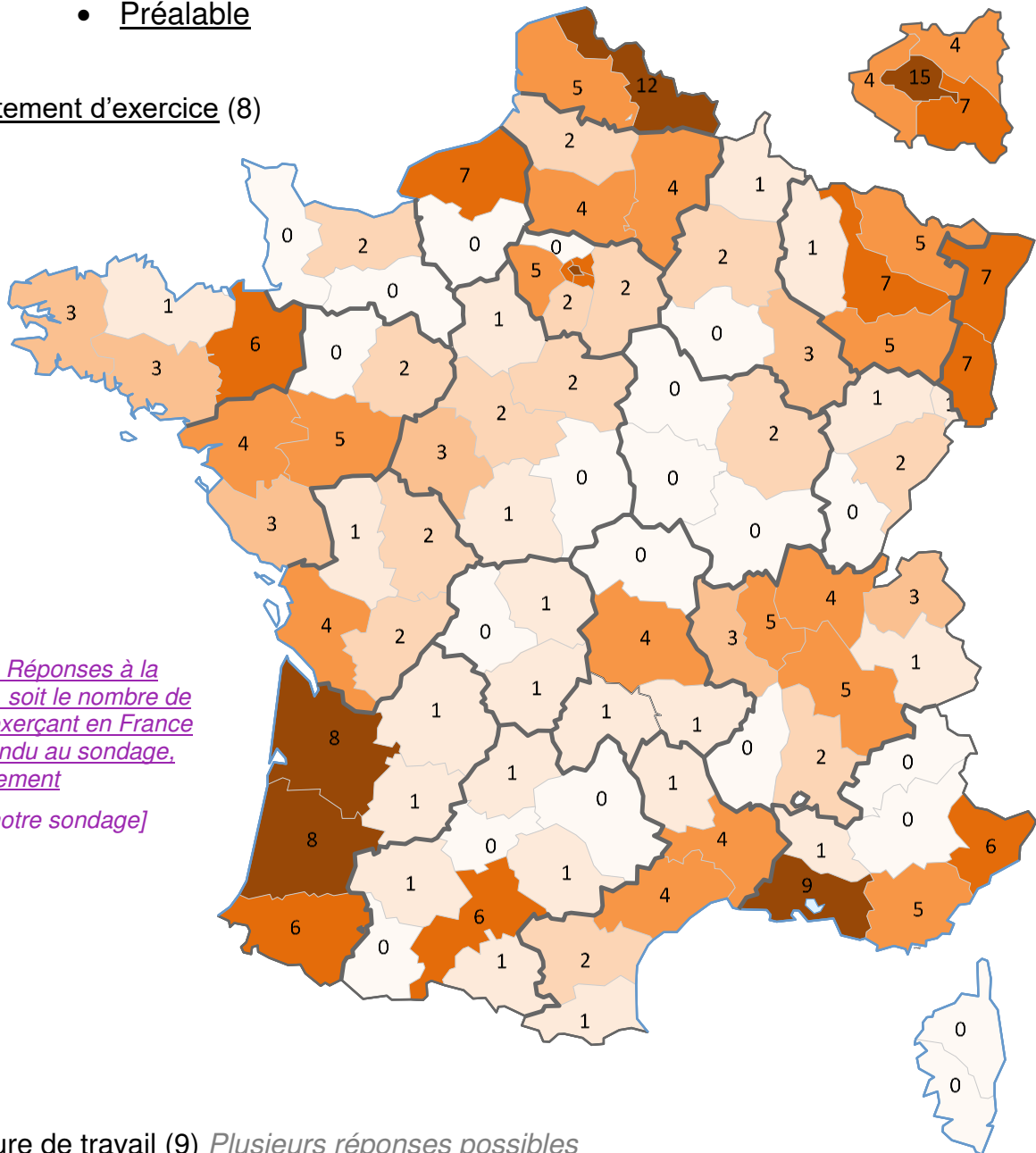


Figure 13 : Réponses à la question 8, soit le nombre de dentistes exerçant en France ayant répondu au sondage, par département

[Source : notre sondage]

↳ Structure de travail (9) Plusieurs réponses possibles

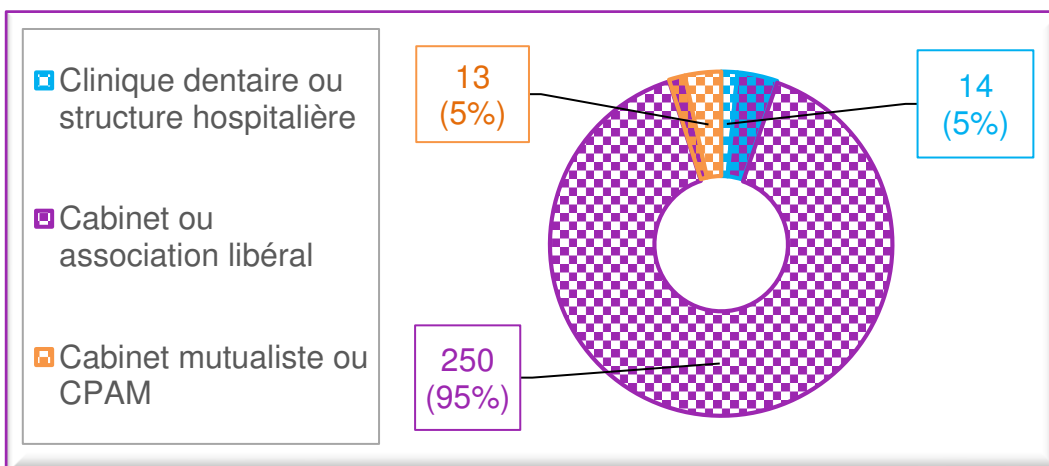


Figure 14 : Réponses à la question 9 (chirurgiens-dentistes français)

[Source : notre sondage]

⌘ Temps de travail

- En moyenne, combien d'heures par semaine passez-vous au fauteuil ? (10)
 - *Minimum* = **15**
 - *Maximum* = **60**
 - *Médiane* = **35**
 - *Moyenne* = **34,7**
- En moyenne, combien de semaines travaillez-vous par an ? (11)
 - *Minimum* = **20**
 - *Maximum* = **52**
 - *Médiane* = **45**
 - *Moyenne* = **44,4**

⌘ L'équipe de soin :

- Combien de dentistes composent votre cabinet ? (12)
 - *Minimum* = **1**
 - *Maximum* = **>10**
 - *Médiane* = **2**
 - *Moyenne* = **2,5**
- Combien d'assistant(e)s vous accompagnent dans cette structure ? (13)
 - *Minimum* = **0**
 - *Maximum* = **>10**
 - *Médiane* = **2**
 - *Moyenne* = **2,2**

⌘ Disponibilité :

- En moyenne, combien de semaine de délais votre planning impose-t-il pour un premier rendez-vous ? (14)
 - *Minimum* = **0**
 - *Maximum* = **>60**
 - *Médiane* = **3**
 - *Moyenne* = **5,1**
- Quelle est la durée de vos rendez-vous ? (15)

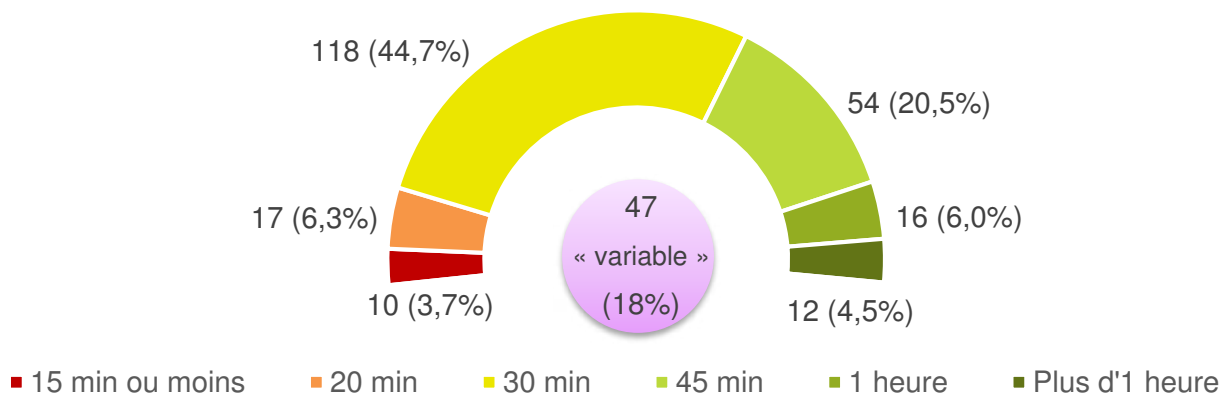
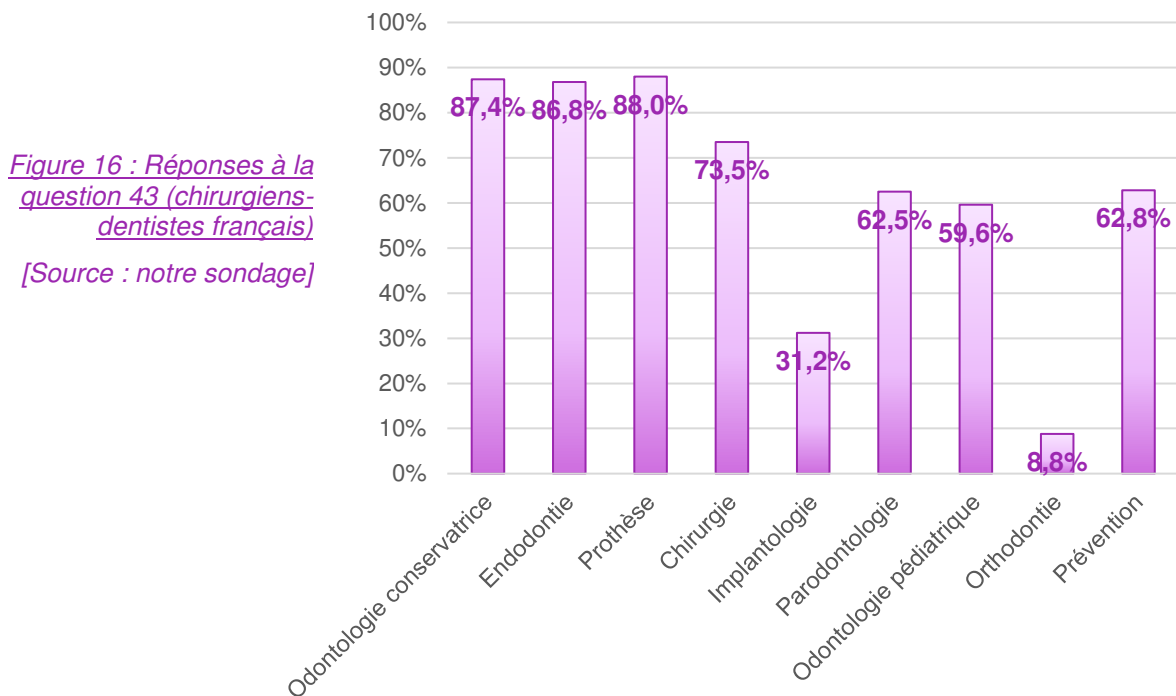


Figure 15 : Réponses à la question 15 (chirurgiens-dentistes français)

[Source : notre sondage]

- Description des exercices en France (319 sondés : 264 diplômés + 55 étudiants ayant commencé à pratiquer)

☞ Vos domaines d'activité (43) QCM



☞ Hygiène des patients :

- Par tranche de 10 % de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène... Tableau 6 : Réponses aux questions 44 à 47 (chirurgiens-dentistes français)

[Source : notre sondage]

	... "optimale" ?	... "correcte mais perfectible" ?	... "médiocre" ?	... "déplorable" ?
Minimum	0%	0%	0%	0%
Moyenne	18,1%	36,7%	29,8%	13,8%
Maximum	90%	70%	70%	40%

☞ Aviez-vous déjà entendu parler du métier d'hygiéniste dentaire ? (48)

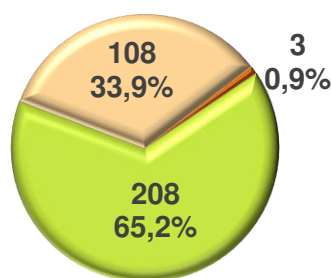


Figure 17 : Réponses à la question 48 (chirurgiens-dentistes français)

[Source : notre sondage]

- "Oui, je connais très bien le concept et les problématiques qui en découlent"
- "Oui, j'en ai vaguement entendu parler"
- "Non, c'est la première fois que j'entends parler d'hygiéniste dentaire"

- Sondage des dentistes exerçant en France à propos des hygiénistes dentaires (328 sondés : : 264 diplômés + 64 étudiants)

- ☞ Pensez-vous qu'il devrait y avoir des hygiénistes dentaires en France ? (85)
 - Oui, je suis pour la création en France d'une profession de santé axée sur la prévention bucco-dentaire = **268 (81,7 %)**
 - Non, je suis contre = **24 (7,3 %)**
 - Vous avez répondu « Non, je suis contre »
 - Pourquoi ? (90)

<input type="checkbox"/>	Je ne me sens pas à l'aise à l'idée de déléguer des actes : il n'y a pas de "petit geste" dans notre métier	5,96%	19
<input type="checkbox"/>	Je ne souhaite pas avoir à faire confiance à un praticien qui n'a pas suivi le même cursus en odontologie	3,13%	10
<input type="checkbox"/>	J'ai peur de voir baisser mon chiffre d'affaire	0,94%	3
<input type="checkbox"/>	C'est dangereux : je pense que c'est ouvrir une porte à toutes les dérives	5,02%	16
<input type="checkbox"/>	Les dentistes n'ont pas assez de travail : en déléguer une partie est une hérésie	0,31%	1
<input type="checkbox"/>	Je n'en vois pas l'utilité : les chirurgiens-dentistes assument très bien la prévention	1,88%	6
<input type="checkbox"/>	Je n'en vois pas l'utilité : la prévention bucco-dentaire n'a que trop peu d'efficacité sur les patients	0,00%	0
<input type="checkbox"/>	La mise en place de ce métier me paraît trop compliquée (formation, statut, rémunération, etc.)	1,57%	5
<input type="checkbox"/>	Autre... (à préciser)	0,00%	0

Tableau 7 : Réponses à la question 90 (chirurgiens-dentistes français)

[Source : notre sondage]

- Ne se prononce pas = **36 (11,0 %)**

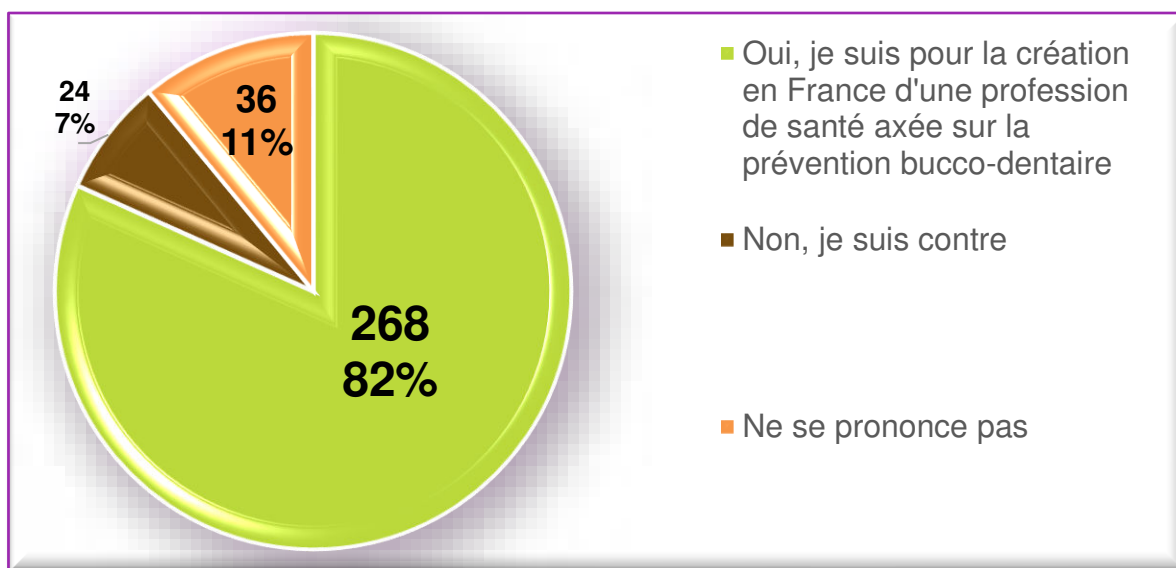


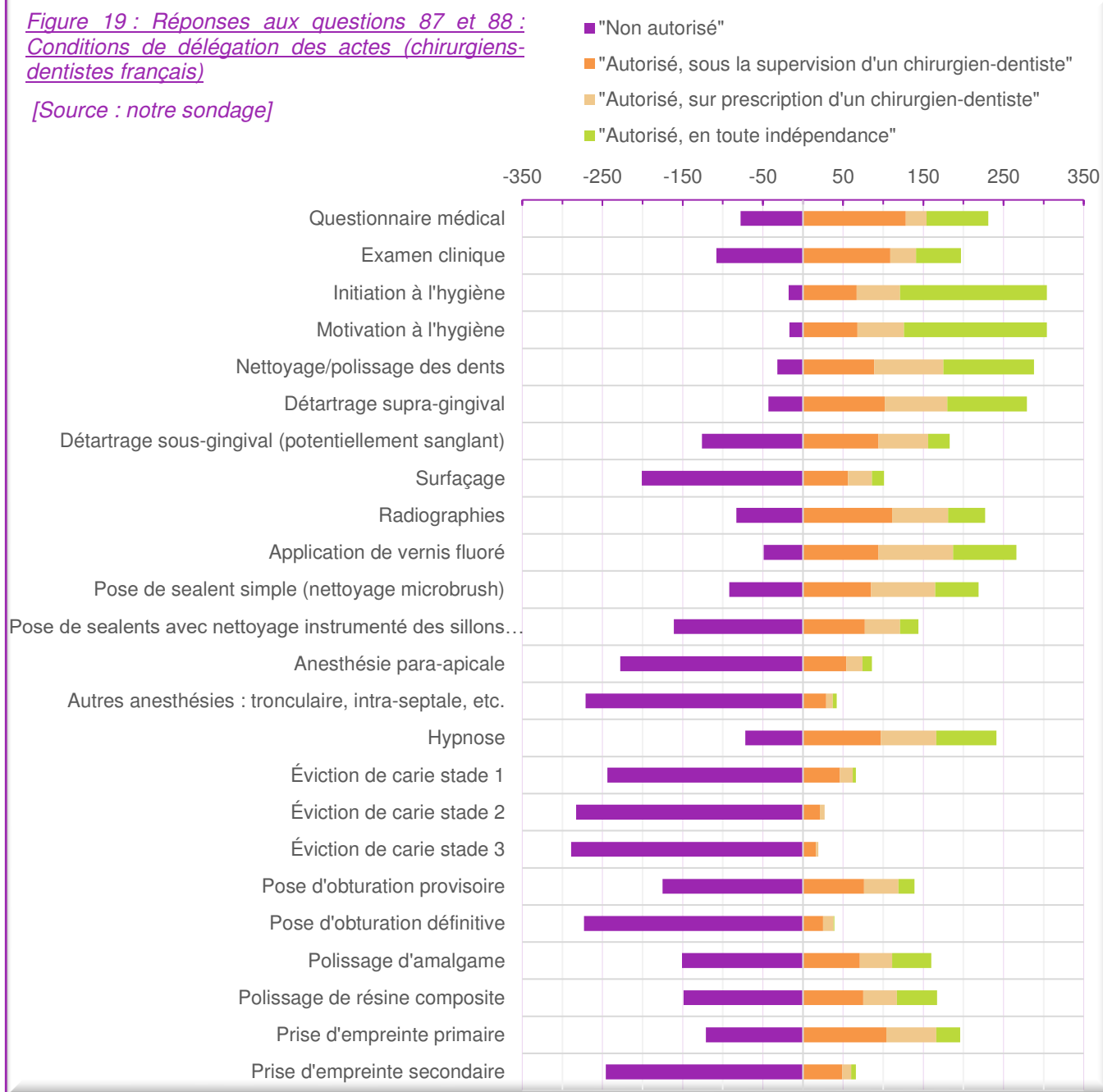
Figure 18 : Réponses à la question 85 « Pensez-vous qu'il devrait y avoir des hygiénistes dentaires en France ? » (chirurgiens-dentistes français)

[Source : notre sondage]

☞ Quels seraient, selon vous, les actes qui pourraient leur être délégués ? (87, 88)

Figure 19 : Réponses aux questions 87 et 88 : Conditions de délégation des actes (chirurgiens-dentistes français)

[Source : notre sondage]



☞ Quels pourraient être, selon vous, les statuts légaux autorisés aux hygiénistes dentaires ? (89)

Tableau 8 : Réponses à la question 89 (chirurgiens-dentistes français)

[Source : notre sondage]

Libéral, avec indépendance dans l'installation et la pratique	49
Libéral, en collaboration avec un ou plusieurs chirurgien(s) dentiste(s)	190
Libéral, en association avec un ou plusieurs chirurgien(s) dentiste(s)	137
Salarié, dans le secteur public	135
Salarié, dans le secteur privé	133
Salarié, dans le secteur libéral (employé par un chirurgien-dentiste)	256

2.2.4 Réponses des dentistes exerçant à l'étranger (10 sondés)

Nous rappelons que, dans cet échantillon de 10 chirurgiens-dentistes exerçant à l'étranger, 9 sont de nationalité française et ont fait leurs études en France.

- Préalable : question sur le pays d'exercice

☞ Aimeriez-vous, éventuellement, travailler en France ? (31)

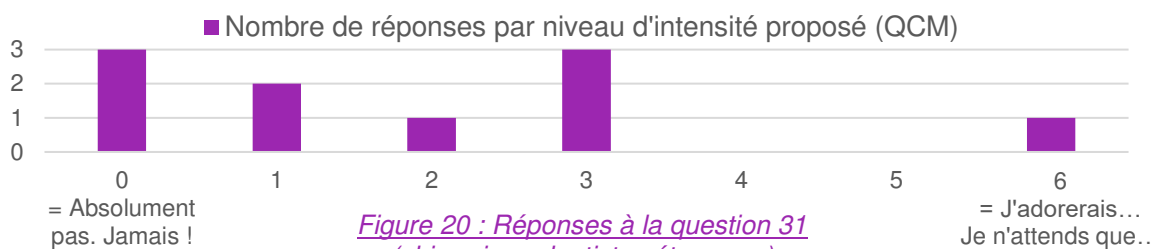


Figure 20 : Réponses à la question 31 (chirurgiens-dentistes étrangers)

[Source : notre sondage]

☞ Pourquoi ? (32)

➤ Réponses constructives :

- ▶ « *On n'a plus les moyens de bien travailler. Et trop de paperasse.* »
- ▶ « *J'ai travaillé en France pendant 3 ans, mais actuellement les conditions se dégradent.* »
- ▶ « *Déjà donné. Si je dois rentrer je le ferai, mais déconventionné et spécialisé en endodontie.* »
- ▶ « *Exercice biaisé par sécu et mutuelles* »
- ▶ « *Système de soins coûteux et inefficace* »

➤ Autres réponses :

- ▶ « *Je suis mieux à Londres* »
- ▶ « *Ce pays est foutu* »
- ▶ « *Pour visiter* »

☞ Y a-t-il, dans votre pays, des hygiénistes dentaires ? (33)

- Deux répondants de Nouvelle Calédonie et d'Ecosse ont répondu que « *Non* »
 - ▶ La Nouvelle Calédonie est une collectivité française, donc sans hygiéniste, mais cette réponse a classé ce répondant français dans les étrangers...
 - ▶ L'Ecosse fait partie du Royaume-Uni, dont les quatre nations constitutives possèdent des hygiénistes dentaires, cette réponse doit donc être une erreur.
- Les 8 autres ont répondu « *Oui* »

- Exercice avec hygiéniste dentaire (8 sondés)

☞ Questions sur le type d'activité et le mode d'exercice

- Vos domaines d'activité (50)
 - **2 spécialistes :**
 - Endodontie, Chirurgie, Implantologie, Parodontologie (4 secteurs)
 - Chirurgie, Implantologie, Parodontologie (3 secteurs)
 - **6 omnipraticiens :**
 - Ils déclarent tous pratiquer de la prévention !
 - La moitié d'entre eux posent des implants !

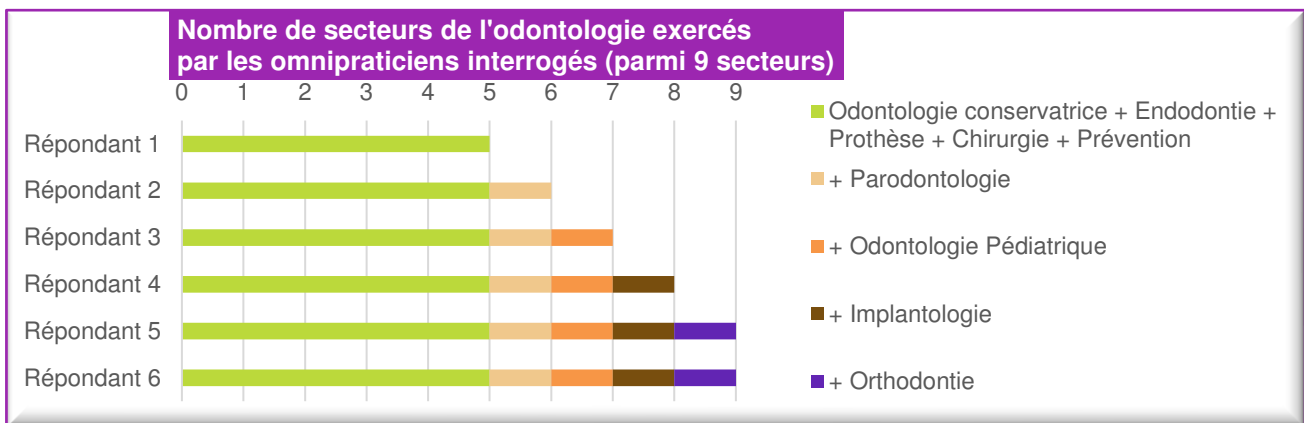


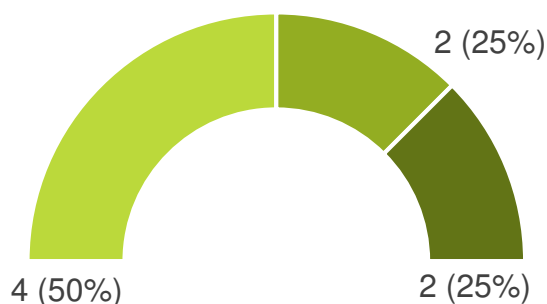
Figure 21 : Réponses à la question 50 (chirurgiens-dentistes étrangers avec hygiéniste dentaire)

[Source : notre sondage]

N.B. : Les données suivantes ne tiennent pas compte des chirurgiens-dentistes pratiquant dans une structure comprenant plus de 10 chirurgiens-dentistes (un seul concerné, et faisant partie des spécialistes, sur 8 sondés)

- Combien de dentistes composent votre cabinet ? (51)
 - **Minimum = 1**
 - **Maximum = 5**
 - **Médiane = 3**
- Combien d'hygiénistes sont présentes dans cette structure ? (52)
 - **Minimum = 1**
 - **Maximum = 5**
 - **Médiane = 2**
- Combien d'assistant(e)s vous accompagnent dans cette structure ? (53)
 - **Minimum = 2**
 - **Maximum = 8**
 - **Médiane = 4**

- En moyenne, combien de semaine(s) de délai votre planning impose-t-il pour un premier rendez-vous ? (54)
 - *Minimum = 1*
 - *Maximum = 4*
 - *Médiane = 2*
- Quelle est la durée moyenne de vos rendez-vous ? (55)
 - Les deux chirurgiens-dentistes spécialisés ont répondu « *plus d'une heure* »
 - Les réponses de l'ensemble des 8 praticiens se répartissent ainsi :



■ 15 min ou moins ■ 20 min ■ 30 min ■ 45 min ■ 1 heure ■ Plus d'1 heure

Figure 22 : Réponses à la question 55 (chirurgiens-dentistes étrangers avec hygiéniste dentaire)

[Source : notre sondage]

🔗 Question sur l'hygiène des patients

- Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène... (questions 56 à 59)

Tableau 9 : Réponses aux questions 56 à 59 (chirurgiens-dentistes étrangers avec hygiéniste dentaire)

[Source : notre sondage]

	..."optimale" ?	..."correcte mais perfectible" ?	..."médiocre" ?	..."déplorable" ?
<i>Minimum</i>	20%	20%	10%	0%
<i>Médiane</i>	25%	35%	25%	10%
<i>Maximum</i>	60%	40%	40%	20%

- De 0 à 10, comment évalueriez-vous l'utilité des hygiénistes dentaires dans votre pratique de la dentisterie ? (60)
 - Un seul parmi les 8 sondés a répondu « *5/10* », les sept autres ont répondu « *10/10* ».
 - *Moyenne = 9,4*

- Exercice à l'étranger sans hygiéniste dentaire (2 sondés)

☞ Questions sur le type d'activité et le mode d'exercice

- Vos domaines d'activité (34)
 - Les deux répondants pratiquent 6 secteurs sur 9, identiques pour l'un et l'autre
 - « *Odontologie conservatrice ; Endodontie ; Prothèse ; Chirurgie ; Odontologie pédiatrique ; Prévention* »
- Combien de dentistes composent votre cabinet ? (35) : *1 ; 6*
- Combien d'assistant(e)s vous accompagnent dans cette structure ? (36) : *1 ; 6*
- En moyenne, combien de semaine(s) de délai votre planning impose-t-il pour un premier rendez-vous ? (37) *4 semaines ; 2 semaines*
- Quelle est la durée moyenne de vos rendez-vous ? (38) *45 minutes* pour les deux.

☞ Question sur l'hygiène des patients

- Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "optimale" ? (39) *10 %* pour les deux.
- Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "correcte mais perfectible" ? (40) *30 %* pour les deux.
- Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "médiocre" ? (41) *40 %* pour les deux.
- Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "déplorable" ? (42) *20 %* pour les deux.

- Sondage des dentistes exerçant à l'étranger à propos les hygiénistes dentaires (10 sondés)

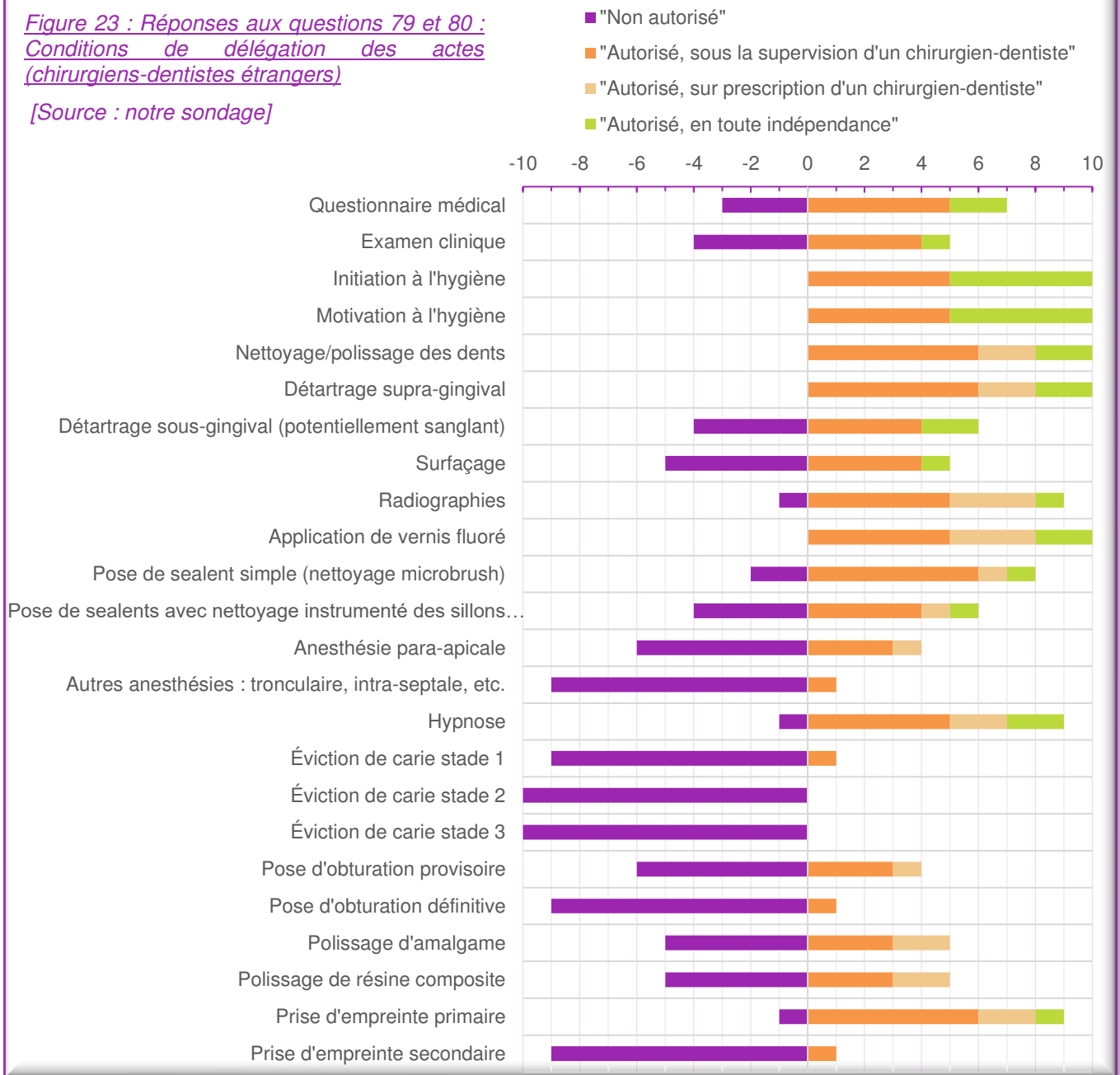
☞ Pensez-vous qu'il devrait y avoir des hygiénistes dentaires en France ? (77)

- Oui : *8 (80 %)*
- Non : *0*
- Ne se prononce pas : *2 (20 %)*

☞ Quels seraient, selon vous, les actes qui pourraient leur être délégués ? (79, 80)

Figure 23 : Réponses aux questions 79 et 80 : Conditions de délégation des actes (chirurgiens-dentistes étrangers)

[Source : notre sondage]



☞ Quels pourraient être, selon vous, les statuts légaux autorisés aux hygiénistes dentaires ? Plusieurs réponses possibles. (81)

Tableau 10 : Réponses à la question 81 (chirurgiens-dentistes étrangers)

[Source : notre sondage]

Libéral, avec indépendance dans l'installation et la pratique	1
Libéral, en collaboration avec un ou plusieurs chirurgien(s) dentiste(s)	6
Libéral, en association avec un ou plusieurs chirurgien(s) dentiste(s)	2
Salarié, dans le secteur public	5
Salarié, dans le secteur privé	3
Salarié, dans le secteur libéral (employé par un chirurgien-dentiste)	9

2.3 Réponses des infirmières

2.3.1 Préalable : environnement de travail (29 sondés)

- Où travaillez-vous ? (16)
 - En France = **26**
 - Autre : *Luxembourg* (1), *Suisse* (1) et [vide] (1)

- Département si le sondé travaille en France (17)
 - Réponses peu variées, en majorités réparties :
 - En Région Grand-Est : Meurthe-et-Moselle (6) ; Vosges (5) ; Haute-Marne (1) ; Haute-Saône (1) ; Territoire de Belfort (1)
 - Et à Paris (6)
 - Autres : Vaucluse (1) ; Lot-et-Garonne (1) et [vide] (4)

- Structure de travail : (18) *QCM*
 - Cabinet libéral, avec visites à domicile : 7
 - Cabinet libéral, sans visite à domicile : 0
 - Salarié(e), en clinique mutualiste ou CPAM : 0
 - Salarié(e), en établissement privée : 5
 - Salarié(e), en structure hospitalière : 17
 - Étudiante, stagiaire : 0

2.3.2 Des questions spécifiques pour les infirmières en activité

- Questions aux infirmières libérales (7 sondés)

🔗 Temps de travail

- En moyenne, combien d'heures par semaine travaillez-vous au total (déplacements compris) ? (19) *Moyenne = 45,6 heures*
- En moyenne et approximativement, combien d'heures par semaine passez-vous auprès des patients ? (20) *Moyenne = 34,1 heures*
- Combien de semaines par an travaillez-vous en moyenne ? (21) *Moyenne = 41,6 semaines*

☞ Rémunération

- Quel est, approximativement, votre salaire mensuel net ? (22)
 - Réponses réparties *entre 2 400 € et 3 400 €*
 - *Médiane = 3 000 €*
- Quel est, approximativement, votre chiffre d'affaire brut annuel ? (23)
 - Réponses réparties *entre 10 000 € et 90 000 €*
 - *Médiane = 50 000 €*

- Questions aux infirmières salariées (22 sondés)

☞ Temps de travail

- En moyenne, combien d'heures par semaine travaillez-vous au total ? (24)
 - *Moyenne = 35,3 heures*
- En moyenne et approximativement, combien d'heures par semaine passez-vous auprès des patients ? (25)
 - *Moyenne = 28,9 heures*
- Combien de semaines par an travaillez-vous en moyenne ? (26)
 - *Moyenne = 40,0 semaines*

☞ Rémunération

- Quel est, approximativement, votre salaire mensuel net ? (27)
 - L'infirmier(ère) qui exerce en Suisse gagne *entre 5 000 et 6 000 €/mois*
 - *Salaires français = entre 1 000 et 2 600 €/mois*
 - *Médiane = 1 700 €/mois (70 % des sondés déclarent gagner entre 1 600 et 1 800 €/mois)*

2.3.3 Questions sur les connaissances de l'hygiène bucco-dentaire

- Évaluation subjective de l'importance de la santé bucco-dentaire

☞ À quel niveau d'importance placeriez-vous l'hygiène bucco-dentaire dans la santé globale ? (115) Échelle de 1 à 10

- *Minimum* : 5
- *Maximum* : 10
- *Médiane* : 9
- *Moyenne* : 8,8

☞ Selon vous, quelles peuvent être les conséquences (directes ou indirectes) d'une mauvaise hygiène dentaire ? (116)

- Tous les items sont ou pourraient être des conséquences d'un défaut d'hygiène bucco-dentaire : « 100 % de bonnes réponses » s'obtient en cochant toutes les lignes.
- *Moyenne* : 58,0 % de bonnes réponses

Tableau 11 : Réponses à la question 116 (infirmier(ère)s)

[Source : notre sondage]

Des douleurs dentaires	28
L'aggravation d'un diabète	12
Des édentations (perte des dents)	25
Une septicémie	24
Une diminution de votre pouvoir d'achat	4
Des saignements des gencives	24
Des infections osseuses	17
Une perte de poids	15
Le célibat	15
Une immunodéficience	6
La mauvaise halène (halitose)	26
Des pathologies cardiaques	22
Des douleurs articulaires	11
Une augmentation du risque d'apparition de caries chez vos enfants	17
Des carences alimentaires	13
La perte, par infection, d'une prothèse de hanche	10

☞ Dans votre hygiène de vie en général, vous... (117)

Tableau 12 : Réponses à la question 117 (infirmier(ère)s)

[Source : notre sondage]

	Jamais	Une fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Mangez des fruits	0	0	2	0	2	2	13	10
Mangez des légumes	0	0	2	0	1	1	9	16
Allez dans un "fastfood"	3	2	8	7	8	1	0	0
Buvez des boissons sucrées	3	1	4	5	7	4	2	3
Mangez des sucreries	3	1	7	4	6	4	3	1
Buvez de l'alcool	3	0	2	7	8	5	4	0
Faites du sport (équivalent à 30 mn. d'effort)	1	1	2	4	2	5	9	5
Fumez des cigarettes	18	0	3	0	0	0	2	6
Vapez une cigarette électronique	25	1	2	0	0	0	0	1
Hydratez/protégez votre peau	1	0	2	1	2	1	4	18
Dormez suffisamment	3	0	1	3	1	3	12	5
Rdv de contrôle auprès [...] médecin traitant	7	11	8	3	0	0	0	0
Buvez du café ou du thé	0	0	3	0	2	0	1	23

☞ Quels types de soin donnez-vous à votre bouche ? (118)

Tableau 13 : Réponses à la question 118 (infirmier(ère)s)

[Source : notre sondage]








	Jamais	Une fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Brosse à dent	0	0	0	0	0	0	0	29
Dentifrice fluoré	5	1	0	0	0	0	1	22
Brossage de la langue	4	0	0	1	1	2	4	17
Bain de bouche antibactérien	11	2	4	1	2	2	5	1
Bain de bouche "autre"	15	0	4	2	1	0	4	1
Fil dentaire	20	2	0	1	0	1	1	4
Brossette inter-dentaire	20	0	2	0	1	1	1	3
Détartrage (chez un professionnel)	2	23	4	0	0	0	0	0
Blanchiment	26	2	0	0	0	0	0	0
Utilisation d'un cure-dent	11	2	3	3	1	2	5	1
Prise d'un chewing gum sans sucre	9	0	3	2	3	4	5	2

- Enseignement à l'hygiène bucco-dentaire

☞ Où avez-vous appris ce que vous savez de la prévention bucco-dentaire et des gestes d'une hygiène bucco-dentaire adéquate ? (119)

Tableau 14 : Réponses à la question 119 (infirmier(ère)s)

[Source : notre sondage]

Lors des campagnes de prévention : la télévision		8	27,59%
Lors des campagnes de prévention : les affichages (posters, enseignes, etc.)		4	13,79%
Vos parents		20	68,97%
Vos enfants, par ce qu'ils ont appris à l'école primaire		2	6,90%
À l'école, ou dans vos études		21	72,41%
Votre dentiste		21	72,41%
Un ou plusieurs de vos proches (façon bouche-à-oreille)		4	13,79%

☞ Est-ce qu'un professionnel de santé vous a déjà expliqué comment, spécifiquement, brosser vos dents de façon optimale, par exemple en corrigeant vos gestes devant un miroir ? (120)

- Oui **18**
- Non **11**
- Si oui, cela vous a-t-il permis d'améliorer votre santé bucco-dentaire ? Si non, pensez-vous qu'un tel enseignement pourrait vous être utile ? (121)
 - Oui **24**
 - Non **2**
- Vous sentez-vous à l'aise avec le passage du fil dentaire ? (122)
 - Oui **7**
 - Non **22**
 - Je ne sais pas ce qu'est le fil dentaire **0**
- Vous sentez-vous à l'aise avec le passage des brossettes interdentaires ? (123)
 - Oui **11**
 - Non **15**
 - Je ne sais pas ce que sont les brossettes interdentaires **2**

2.3.4 Questions sur les spécialisations des infirmier(ère)s

☞ Les infirmier(ère)s peuvent se spécialiser après leurs 3 ans d'étude et 2 années de pratique hospitalière, et vous... (28)

- Vous spécialiser ne vous intéresse pas **4**
- Sans certitude, vous vous spécialiserez peut-être un jour **13**
- Vous comptez vous spécialiser dans les années à venir **6**
- Vous êtes spécialisée ou en cours de spécialisation **4**

☞ Êtes-vous satisfait(e) de l'étendue des débouchés de votre formation ? (29)

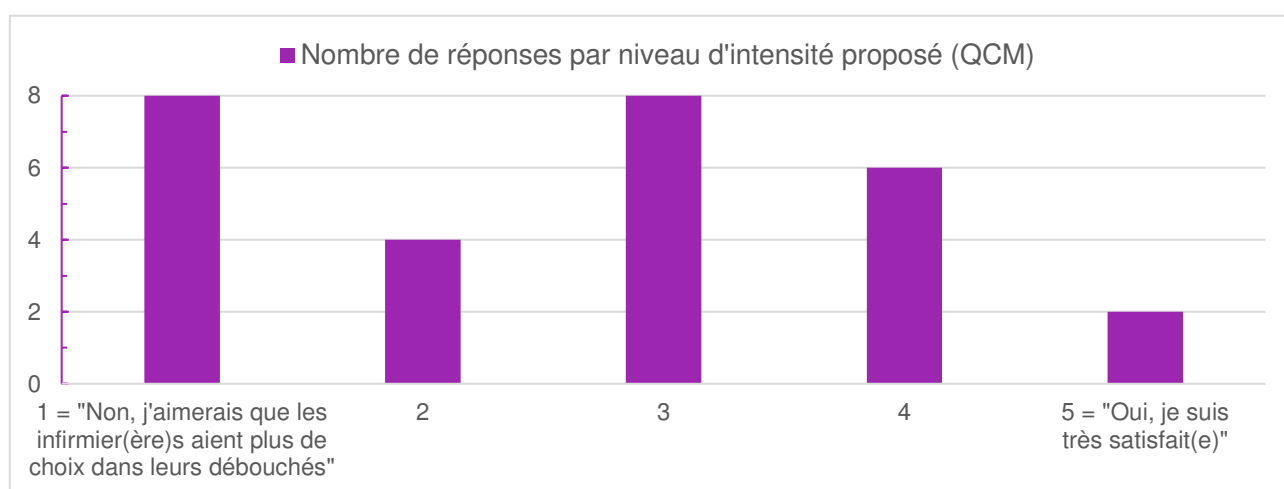
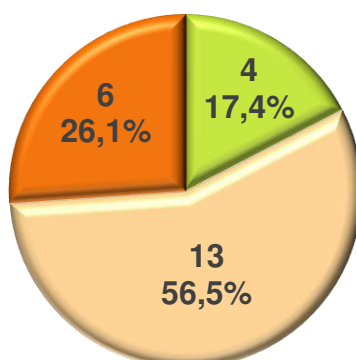


Figure 24 : Réponses à la question 29 (infirmier(ère)s)

[Source : notre sondage]

☞ Aviez-vous déjà entendu parler du métier « d'hygiéniste dentaire » ? (30)



- "Oui, je connais très bien le concept et les problématiques qui en découlent"
- "Oui, j'en ai vaguement entendu parler"
- "Non, c'est la première fois que j'entends parler d'hygiéniste dentaire"

Figure 25 : Réponses à la question 30 (infirmier(ère)s)

[Source : notre sondage]

2.3.5 Sondage des infirmier(ère)s sur les hygiénistes dentaires

- Prévention et hygiénistes dentaires en France : opinion

☞ Pensez-vous qu'il serait bon d'avoir davantage de prévention dans les cabinets dentaires et les services d'odontologie ? (133)

Tableau 15 : Réponses à la question 133 (infirmier(ère)s)

[Source : notre sondage]

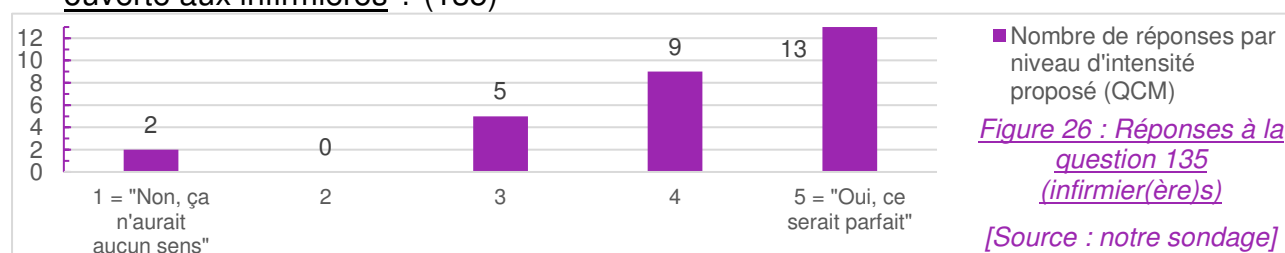
<input type="checkbox"/>	Oui, je pense que la prévention est à la base de tout le système de santé : il n'y en aura jamais assez	82,76%	24
<input type="checkbox"/>	Oui, les patients devraient être plus informés sur la pratique concrète de la prévention	48,28%	14
<input type="checkbox"/>	Oui, éventuellement, pourquoi pas ...	3,45%	1
<input type="checkbox"/>	Non, la prévention en santé publique à d'autres priorités bien plus importantes	0,00%	0
<input type="checkbox"/>	Non, la prévention coûte trop cher à la sécurité sociale	0,00%	0
<input type="checkbox"/>	Non, la prévention prend déjà trop de temps et/ou d'argent aux patients	0,00%	0
<input type="checkbox"/>	Je n'ai pas vraiment d'avis sur le sujet	0,00%	0
<input type="checkbox"/>	Autre... (à préciser)	0,00%	0

☞ Pensez-vous que le métier d'hygiéniste dentaire devrait exister en France ? (134)

‣ Oui : **29 (100 %)** ‣ Non : **0** ‣ Ne se prononce pas : **0**

- L'hypothèse de l'infirmier(ère)s hygiéniste dentaire

☞ Pensez-vous que le métier d'hygiéniste dentaire pourrait être une spécialisation ouverte aux infirmières ? (135)



☞ Quelques précisions : à votre humble avis... (136)

Tableau 16 : Réponses à la question 136 (infirmier(ère)s)

[Source : notre sondage]

	VRAI	FAUX	Ni vrai ni faux
<input type="checkbox"/> Vous avez des compétences initiales idéales pour apprendre et exercer ce métier	18	5	6
<input type="checkbox"/> La spécialisation vers le travail en bouche vous semble trop longue et trop compliquée	1	19	7
<input type="checkbox"/> Une spécialisation étant une restriction des habilitations, une infirmière s'ennuierait en ne travaillant qu'en odontologie	7	16	5
<input type="checkbox"/> Travailler dans un cabinet dentaire vous plairait	12	10	7
<input type="checkbox"/> La description du métier d'hygiéniste dentaire pourrait vous intéresser professionnellement	11	11	6
<input type="checkbox"/> Sans être intéressée personnellement, vous pensez que proposer cette spécialisation aux infirmières est une bonne idée	26	1	2
<input type="checkbox"/> Si vous pouviez devenir hygiéniste dentaire, vous souhaiteriez vous spécialiser	9	12	8

2.4 Réponses des hygiénistes (14 sondées)

2.4.1 Contexte d'exercice

↳ Dans quel pays exercez-vous ? (61)

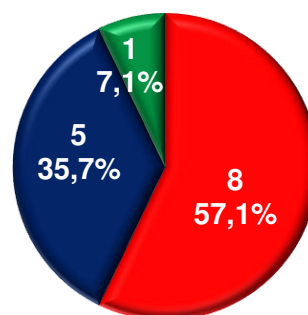


Figure 27 : Réponses à la question 61 (hygiénistes dentaires)

[Source : notre sondage]

↳ Vos domaines d'activité (62)

- Odontologie conservatrice (5)
- Prothèse (3)
- Implantologie (3)
- Parodontologie (6)
- Odontologie pédiatrique (4)
- Orthodontie (4)
- Prévention, motivation (13)
- Autre : Santé publique, Administration (1)

↳ Combien de dentistes composent votre cabinet ? (63)

- Minimum : 0
- Maximum : 4
- Médiane : 1
- Moyenne : 1,5

N.b. : Les réponses sont à nuancer par rapport à la barrière de la langue et de l'interprétation de ces questions qui sont non-spécifiques aux hygiénistes dentaires.

↳ Combien d'hygiénistes sont présentes dans cette structure ? (64)

- Minimum : 1
- Maximum : 7
- Médiane : 2
- Moyenne : 2,73

↳ Combien d'assistantes vous accompagnent dans cette structure ? (65)

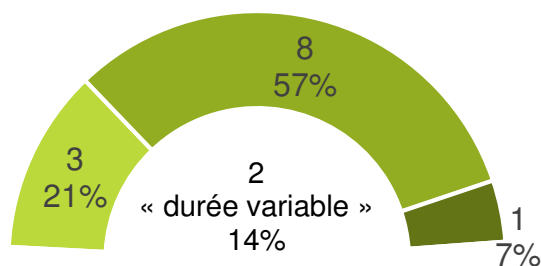
- Minimum : 0
- Maximum : 7
- Médiane : 2
- Moyenne : 2,5

↳ Disponibilité

➤ En moyenne, combien de semaine(s) de délai votre planning impose-t-il pour un premier rendez-vous ? (66)

- Minimum : 1
- Maximum : 9
- Médiane : 3
- Moyenne : 3,5

➤ Quelle est la durée moyenne de vos rendez-vous ? (67)



■ 15 min ou moins ■ 20 min ■ 30 min ■ 45 min ■ 1 heure ■ Plus d'1 heure

Figure 28 : Réponses à la question 67 (hygiénistes dentaires)

[Source : notre sondage]

☞ Par tranche de 10 % de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène... (68 à 71)

Tableau 17 : Réponses aux questions 68 à 71 (hygiénistes dentaires)

[Source : notre sondage]

	... "optimale" ?	... "correcte mais perfectible" ?	... "médiocre" ?	... "déplorable" ?
Minimum	10%	10%	10%	0%
Médiane	20%	30%	30%	20%
Maximum	70%	60%	60%	40%

2.4.2 Sondage des hygiénistes dentaires sur la création de leur métier en France

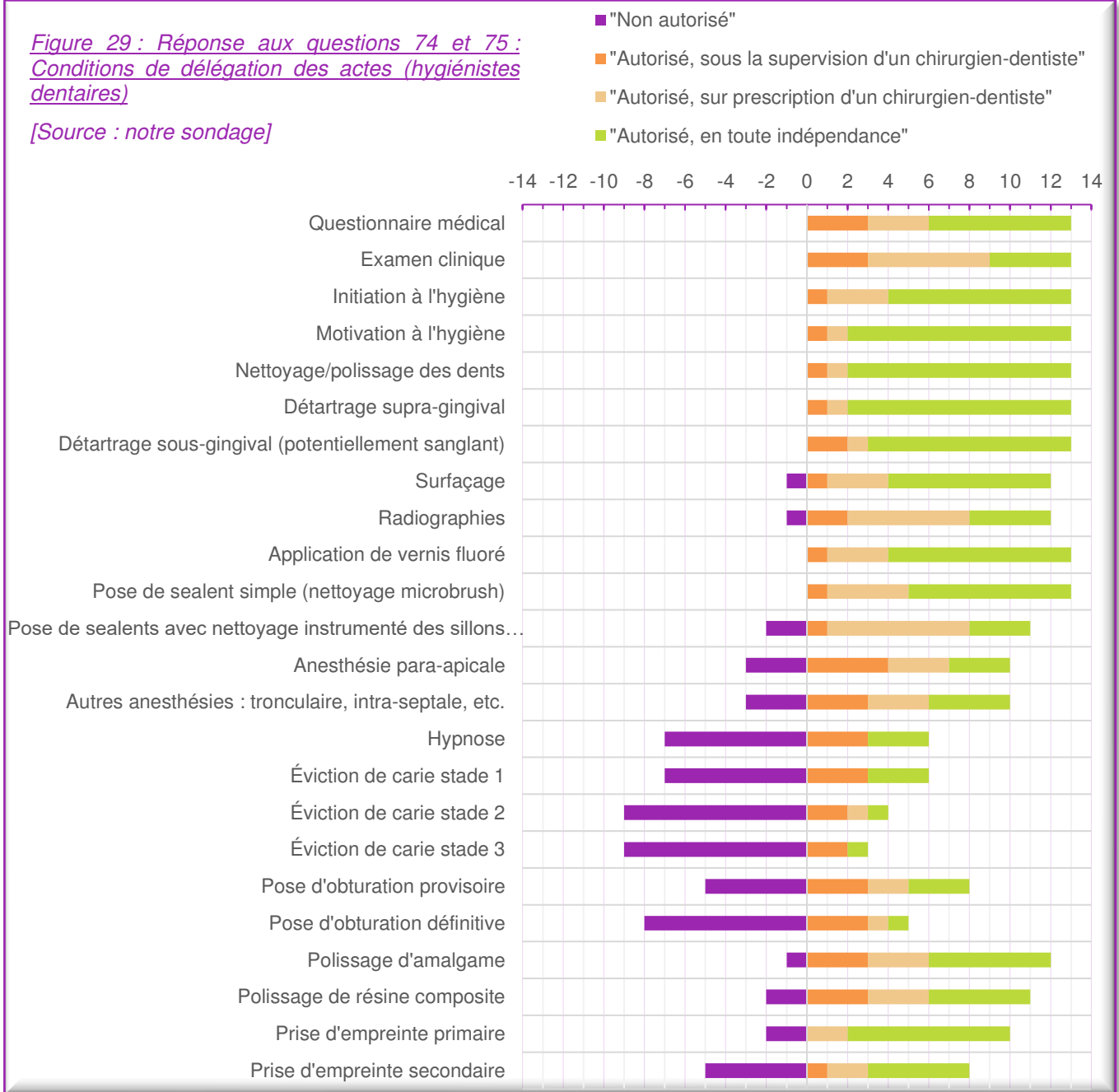
☞ Pensez-vous qu'il devrait y avoir des hygiénistes dentaires en France ? (72)

- Oui **14 (100 %)**
- Non **0**
- Ne se prononce pas **0**

☞ Quels seraient, selon vous, les actes qui pourraient leur être délégués ? (74, 75)

Figure 29 : Réponse aux questions 74 et 75 : Conditions de délégation des actes (hygiénistes dentaires)

[Source : notre sondage]



☞ Quels pourraient être, selon vous, les statuts légaux autorisés aux hygiénistes dentaires ? Plusieurs réponses possibles. (76)

Tableau 18 : Réponses à la question 76 (hygiénistes dentaires)

[Source : notre sondage]

Libéral, avec indépendance dans l'installation et la pratique	7
Libéral, en collaboration avec un ou plusieurs chirurgien(s) dentiste(s)	12
Libéral, en association avec un ou plusieurs chirurgien(s) dentiste(s)	10
Salarié, dans le secteur public	9
Salarié, dans le secteur privé	9
Salarié, dans le secteur libéral (employé par un chirurgien-dentiste)	7

2.5 Réponses des assistantes dentaires

2.5.1 Préalable (22 sondées)

↳ Département (83)

- Réponses variées, réparties dans toute la France

↳ Aviez-vous déjà entendu parler du métier « d'hygiéniste dentaire » ? (84)

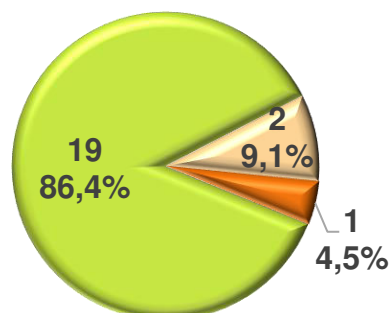


Figure 30 : Réponses à la question 84 (assistant(e)s dentaires)

[Source : notre sondage]

- "Oui, je connais très bien le concept et les problématiques qui en découlent"
- "Oui, j'en ai vaguement entendu parler"
- "Non, c'est la première fois que j'entends parler d'hygiéniste dentaire"

2.5.2 Sondage des assistantes dentaires sur les hygiénistes dentaires

↳ Pensez-vous qu'il serait bon d'avoir davantage de prévention au cabinet dentaire ?

(130) Plusieurs réponses possibles

Tableau 19 : Réponses à la question 130 (assistant(e)s dentaires)

[Source : notre sondage]

<input type="checkbox"/>	Oui, je pense que la prévention est à la base de tout le système de santé : il n'y en aura jamais assez	81,82%	18
<input type="checkbox"/>	Oui, les patients devraient être plus informés sur la pratique concrète de la prévention	59,09%	13
<input type="checkbox"/>	Oui, éventuellement, pourquoi pas ...	0,00%	0
<input type="checkbox"/>	Non, je me sens suffisamment efficace dans la communication de la prévention avec les patients	0,00%	0
<input type="checkbox"/>	Non, la prévention coûte trop cher à la sécurité sociale	0,00%	0
<input type="checkbox"/>	Non, la prévention prend déjà trop de temps et/ou d'argent aux patients	0,00%	0
<input type="checkbox"/>	Je n'ai pas vraiment d'avis sur le sujet	0,00%	0
<input type="checkbox"/>	Autre... (à préciser)	0,00%	0

☞ Pensez-vous que le métier d'hygiéniste dentaire devrait exister en France ? (131)

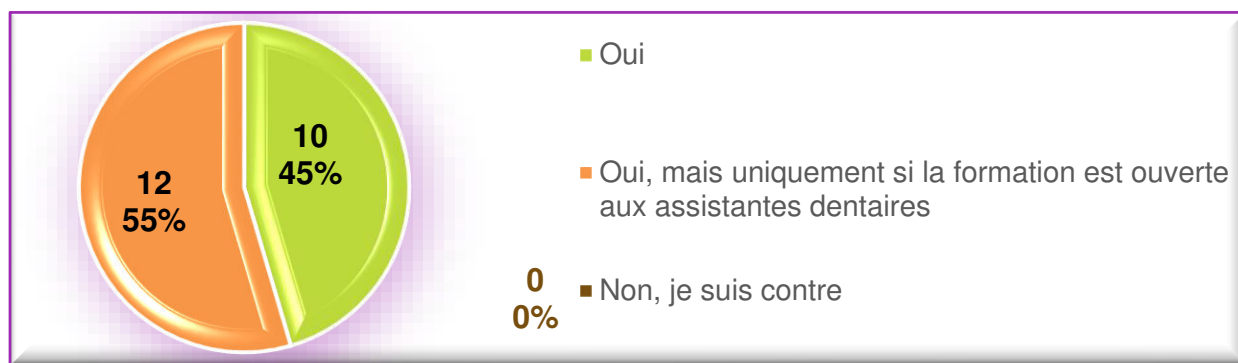


Figure 31 : Réponses à la question 131 « Pensez-vous que le métier d'hygiéniste dentaire devrait exister en France ? » (Assistant(e)s dentaires)

[Source : notre sondage]

☞ Si le métier d'hygiéniste dentaire était autorisé en France... (132)

Tableau 20 : Réponses à la question 132 (assistant(e)s dentaires)

[Source : notre sondage]

	VRAI	FAUX	Ni vrai ni faux
Vous craindriez d'avoir une surcharge de travail	1	11	9
Vous craindriez de perdre une partie de vos rôles auprès du patient	2	17	2
Vous apprécieriez de savoir que les patients reçoivent des conseils personnalisés de la part d'une spécialiste de la prévention	20	0	1
Vous seriez satisfait(e) pour les générations à venir	19	1	1
Vous essayeriez de devenir hygiéniste	16	2	4

2.6 Réponses de la population générale (227 sondés)

2.6.1 Préalable : division de la population générale

☞ Dans quel pays vivez-vous ? (91)

- France : 217 (95,6 %)
- Autre : 10 (4,4 %)
 - Europe 6 (2,6 %) : 3 Néerlandais ; 1 Allemand ; 1 Anglais ; 1 Suisse
 - Amérique du Nord 4 (1,8 %) : 3 Américains ; 1 Canadien

☞ Quel est votre profession ? (92)

- Une très large plage de catégories socio-professionnelles a été touchée, d'étudiants à retraité : nous comptons par exemple des chômeurs, des fonctionnaires, des artisans, des commerciaux, des ingénieurs ou encore des avocats et des médecins.
- Nous avons, dès l'écriture du sondage, séparé une population spécifique de sondés : les professionnels de santé. Leurs résultats seront donc traités séparément.
 - Patients et prothésistes = 184 (81,1 %)
 - Professionnels de santé = 33 (14,5 %)

2.6.2 Réponses des patients français (184 sondés)

- Évaluation subjective de l'importance de la santé bucco-dentaire

☞ À quel niveau d'importance placeriez-vous l'hygiène bucco-dentaire dans la santé globale ? (93) Échelle de 1 à 10

- *Minimum* : 1
- *Maximum* : 10
- *Médiane* : 9
- *Moyenne* : 8,5

☞ Selon vous, quelles peuvent être les conséquences (directes ou indirectes) d'une mauvaise hygiène dentaire ? (94)

- Tous les items sont ou pourraient être des conséquences d'un défaut d'hygiène bucco-dentaire : « 100 % de bonnes réponses » s'obtient en cochant toutes les lignes. Cette question correspond au « quiz » évoqué dans le chapitre III.
- *Moyenne* : **38,25 %** de bonnes réponses.

Tableau 21 : Réponses à la question 94 (patients français)

[Source : notre sondage]

Des douleurs dentaires	169	91,85%
L'aggravation d'un diabète	37	20,11%
Des édentations (perte des dents)	151	82,07%
Une septicémie	57	30,98%
Une diminution de votre pouvoir d'achat	16	8,70%
Des saignements des gencives	134	72,83%
Des infections osseuses	70	38,04%
Une perte de poids	18	9,78%
Le célibat	55	29,89%
Une immunodéficience	23	12,50%
La mauvaise halène (halitose)	158	85,87%
Des pathologies cardiaques	63	34,24%
Des douleurs articulaires	56	30,43%
Une augmentation du risque d'apparition de caries chez vos enfants	77	41,85%
Des carences alimentaires	30	16,30%
La perte, par infection, d'une prothèse de hanche	12	6,52%

☞ Dans votre hygiène de vie en général, vous... (95)

Tableau 22 : Réponses à la question 95 (patients français)

[Source : notre sondage]

	Jamais	Une fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Mangez des fruits	0,0%	4,6%	5,1%	1,5%	10,8%	5,6%	32,3%	32,8%
Mangez des légumes	0,0%	4,1%	2,6%	0,5%	6,2%	5,1%	40,5%	34,4%
Allez dans un "fastfood"	21,0%	17,9%	20,0%	20,0%	10,8%	3,6%	0,0%	0,5%
Buvez des boissons sucrées	10,8%	8,2%	19,5%	12,3%	16,9%	9,7%	10,8%	4,1%
Mangez des sucreries	7,2%	6,7%	19,5%	9,2%	21,5%	10,8%	14,4%	4,6%
Buvez de l'alcool	14,4%	7,2%	8,2%	8,2%	18,5%	17,4%	18,5%	2,1%
Faites du sport (équivalent à 30 mn. d'effort)	13,3%	4,1%	8,2%	9,2%	13,3%	11,8%	23,6%	9,7%
Fumez des cigarettes	61,0%	0,5%	3,1%	0,5%	1,0%	2,6%	5,1%	20,0%
Vapez une cigarette électronique	76,9%	1,5%	3,6%	0,5%	1,0%	0,5%	1,0%	5,1%
Hydratez/protégez votre peau	9,2%	5,6%	6,7%	6,7%	10,8%	4,6%	9,7%	40,0%
Dormez suffisamment	4,1%	5,1%	2,6%	4,6%	7,2%	9,7%	31,3%	26,7%
Rdv de contrôle auprès [...] médecin traitant	12,3%	30,8%	30,3%	10,3%	2,6%	2,1%	1,5%	2,6%
Buvez du café ou du thé	6,7%	3,6%	1,0%	1,0%	3,1%	3,1%	10,8%	63,1%

☞ Quels types de soin donnez-vous à votre bouche ? (96)

Tableau 23 : Réponses à la question 96 (patients français)

[Source : notre sondage]

	Jamais	Une fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Brosse à dent	0,5%	1,0%	3,6%	2,1%	0,5%	0,5%	4,1%	81,5%
Dentifrice fluoré	13,8%	1,5%	5,6%	2,6%	2,1%	1,5%	4,1%	57,9%
Brossage de la langue	17,9%	4,1%	7,2%	0,0%	5,6%	5,1%	14,4%	35,4%
Bain de bouche antibactérien	22,1%	9,2%	16,9%	6,2%	7,7%	8,2%	12,3%	6,7%
Bain de bouche "autre"	34,9%	7,2%	12,8%	3,6%	7,7%	4,6%	8,2%	5,1%
Fil dentaire	49,7%	4,1%	8,2%	2,1%	5,1%	3,6%	10,3%	8,7%
Brossette inter-dentaire	51,3%	5,1%	8,2%	2,1%	3,1%	1,5%	7,2%	9,2%
Détartrage (chez un professionnel)	14,9%	61,0%	14,4%	1,0%	0,0%	0,0%	0,5%	1,0%
Blanchiment	73,8%	10,3%	2,6%	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%	0,0%
Utilisation d'un cure-dent	31,3%	5,1%	12,3%	5,1%	10,8%	5,1%	11,8%	7,7%
Prise d'un chewing gum sans sucre	31,3%	5,1%	8,7%	4,6%	7,2%	4,6%	14,9%	14,9%

- Enseignement à l'hygiène bucco-dentaire

☞ Où avez-vous appris ce que vous savez de la prévention bucco-dentaire et des gestes d'une hygiène bucco-dentaire adéquat ? (97)

Tableau 24 : Réponses à la question 97 (patients français)

Lors des campagnes de prévention : la télévision	53	28,80%
Lors des campagnes de prévention : les affichages (posters, enseignes, etc.)	42	22,83%
Vos parents	114	61,96%
Vos enfants, par ce qu'ils ont appris à l'école primaire	14	7,61%
À l'école, ou dans vos études	61	33,15%
Votre dentiste	148	80,43%
Un ou plusieurs de vos proches (façon bouche-à-oreille)	48	26,09%

[Source : notre sondage]

☞ Est-ce qu'un professionnel de santé vous a déjà expliqué comment, spécifiquement, brosser vos dents de façon optimale, en corrigeant vos gestes devant un miroir ? (98)

- Oui **119 (64,7 %)** ▸ Non **65 (35,3 %)**
- Si oui, cela vous a-t-il permis d'améliorer votre santé bucco-dentaire ? Si non, pensez-vous qu'un tel enseignement pourrait vous être utile ? (99)
 - Oui **135 (73,4 %)** ▸ Non **25 (13,6 %)**
- Vous sentez-vous à l'aise avec le passage du fil dentaire ? (100)
 - Oui **62 (33,7 %)** ▸ Non **101 (54,9 %)**
 - Je ne sais pas ce qu'est le fil dentaire **18 (9,8 %)**
- Vous sentez-vous à l'aise avec le passage des brossettes interdentaires ? (101)
 - Oui **70 (38,0 %)** ▸ Non **66 (35,1 %)**
 - Je ne sais pas ce que sont les brossettes interdentaires **45 (24,5 %)**

☞ Aviez-vous déjà entendu parler du métier « d'hygiéniste dentaire » ? (102)

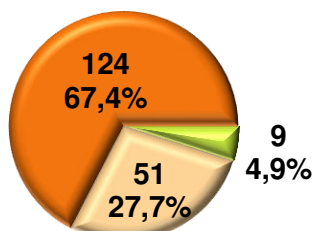


Figure 32 : Réponses à la question 102 (patients français)

[Source : notre sondage]

- "Oui, je connais très bien le concept et les problématiques qui en découlent"
- "Oui, j'en ai vaguement entendu parler"
- "Non, c'est la première fois que j'entends parler d'hygiéniste dentaire"

- Prévention et hygiénistes dentaires en France : opinion

☞ Pensez-vous qu'il serait bon d'avoir davantage de prévention dans les cabinets dentaires et les services d'odontologie ? (124)

Tableau 25 : Réponses à la question 124 (patients français)

[Source : notre sondage]

Oui, je pense que la prévention est à la base de tout le système de santé : il n'y en aura jamais assez	115	62,5%
Oui, nous pourrions être plus informés sur la prophylaxie buccodentaire en pratique	81	44,0%
Oui, éventuellement, pourquoi pas ...	33	17,9%
Non, la prévention coûte trop cher à la sécurité sociale	0	0,0%
Non, la prévention me prend déjà trop de temps et/ou d'argent	0	0,0%
Je n'ai pas vraiment d'avis sur le sujet	6	3,3%

☞ Souhaiteriez-vous avoir accès, en France, aux soins d'une hygiéniste dentaire ? (125)

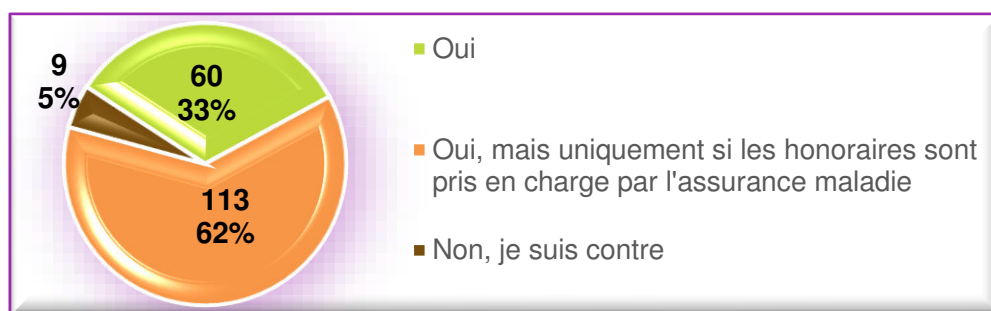


Figure 33 : Réponses à la question 125 « Souhaiteriez-vous avoir accès, en France, aux soins d'une hygiéniste dentaire ? » (Patients français)

[Source : notre sondage]

☞ Si le métier d'hygiéniste dentaire était autorisé en France... (126)

Tableau 26 : Réponses à la question 126 (patients français)

[Source : notre sondage]

	VRAI	FAUX	Ni vrai ni faux
Vous prendriez des rdv de contrôle plus fréquemment	46,7%	15,8%	33,7%
Vous auriez moins peur du cabinet dentaire	25,0%	39,7%	32,6%
Vous apprécieriez recevoir des conseils personnalisés sur l'hygiène bucco-dentaire	79,3%	4,3%	13,0%
Vous seriez d'avantage motivé à exécuter ces conseils	60,9%	7,1%	27,7%
Vous seriez satisfait pour les générations à venir	71,7%	6,0%	18,5%
Vous essayeriez de devenir hygiéniste dentaire	4,9%	69,0%	20,1%

2.6.3 Réponses des professionnels de santé (33 sondés)

- Évaluation subjective de l'importance de la santé bucco-dentaire

☞ À quel niveau d'importance placeriez-vous l'hygiène bucco-dentaire dans la santé globale ? (105) *Échelle de 1 à 10*

- *Minimum : 2*
- *Maximum : 10*
- *Médiane : 9*
- *Moyenne : 9,6*

☞ Selon vous, quelles peuvent être les conséquences (directes ou indirectes) d'une mauvaise hygiène dentaire ? (106)

- Tous les items sont ou pourraient être des conséquences d'un défaut d'hygiène bucco-dentaire : « 100% de bonnes réponses » s'obtient en cochant toutes les lignes. Cette question correspond au « quiz » évoqué dans le chapitre III.
- *Moyenne : 54,7 %* de bonnes réponses

Tableau 27 : Réponses à la question 106 (professionnels de santé)

[Source : notre sondage]

Des douleurs dentaires	33	100,00%
L'aggravation d'un diabète	13	39,39%
Des édentations (perte des dents)	29	87,88%
Une septicémie	21	63,64%
Une diminution de votre pouvoir d'achat	7	21,21%
Des saignements des gencives	30	90,91%
Des infections osseuses	16	48,48%
Une perte de poids	8	24,24%
Le célibat	16	48,48%
Une immunodéficience	7	21,21%
La mauvaise halène (halitose)	30	90,91%
Des pathologies cardiaques	17	51,52%
Des douleurs articulaires	14	42,42%
Une augmentation du risque d'apparition de caries chez vos enfants	22	66,67%
Des carences alimentaires	14	42,42%
La perte, par infection, d'une prothèse de hanche	12	36,36%

☞ Dans votre hygiène de vie en général, vous... (107)

Tableau 28 : Réponses à la question 107 (professionnels de santé)

[Source : notre sondage]

	Jamais	Une fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Mangez des fruits	0,0%	0,0%	3,0%	3,0%	12,1%	0,0%	21,2%	60,6%
Mangez des légumes	0,0%	0,0%	6,1%	0,0%	3,0%	0,0%	21,2%	66,7%
Allez dans un "fastfood"	15,2%	15,2%	30,3%	12,1%	18,2%	6,1%	0,0%	0,0%
Buvez des boissons sucrées	15,2%	6,1%	24,2%	15,2%	18,2%	6,1%	12,1%	3,0%
Mangez des sucreries	12,1%	9,1%	15,2%	3,0%	27,3%	12,1%	21,2%	0,0%
Buvez de l'alcool	18,2%	9,1%	15,2%	27,3%	6,1%	12,1%	9,1%	0,0%
Faites du sport (équivalent à 30 mn. d'effort)	3,0%	3,0%	3,0%	15,2%	15,2%	12,1%	30,3%	18,2%
Fumez des cigarettes	66,7%	0,0%	3,0%	3,0%	0,0%	0,0%	6,1%	21,2%
Vapez une cigarette électronique	84,8%	3,0%	3,0%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,1%
Hydratez/protégez votre peau	3,0%	9,1%	6,1%	3,0%	9,1%	6,1%	15,2%	45,5%
Dormez suffisamment	12,1%	0,0%	9,1%	0,0%	6,1%	12,1%	42,4%	18,2%
Rdv de contrôle auprès [...] médecin traitant	30,3%	24,2%	24,2%	12,1%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Buvez du café ou du thé	9,1%	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%	3,0%	9,1%	75,8%

☞ Quels types de soin donnez-vous à votre bouche ? (108)

Tableau 29 : Réponses à la question 108 (professionnels de santé)

[Source : notre sondage]






	Jamais	Une fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Brosse à dent	0,0%	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	87,9%
Dentifrice fluoré	6,1%	0,0%	9,1%	0,0%	3,0%	0,0%	12,1%	66,7%
Brossage de la langue	18,2%	3,0%	9,1%	3,0%	3,0%	3,0%	21,2%	39,4%
Bain de bouche antibactérien	27,3%	9,1%	30,3%	9,1%	0,0%	6,1%	12,1%	3,0%
Bain de bouche "autre"	39,4%	9,1%	24,2%	6,1%	6,1%	0,0%	9,1%	6,1%
Fil dentaire	48,5%	6,1%	3,0%	6,1%	6,1%	9,1%	12,1%	6,1%
Brossette inter-dentaire	63,6%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	12,1%	9,1%
Détartrage (chez un professionnel)	21,2%	63,6%	12,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Blanchiment	84,8%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,0%
Utilisation d'un cure-dent	39,4%	6,1%	18,2%	0,0%	6,1%	6,1%	9,1%	12,1%
Prise d'un chewing gum sans sucre	33,3%	3,0%	12,1%	3,0%	3,0%	9,1%	15,2%	21,2%

- Prévention et hygiénistes dentaires en France : opinion

☞ Pensez-vous qu'il serait bon d'avoir davantage de prévention dans les cabinets dentaires et les services d'odontologie ? (127)

Tableau 31 : Réponses à la question 127 (professionnels de santé)

[Source : notre sondage]

Oui, je pense que la prévention est à la base de tout le système de santé : il n'y en aura jamais assez		20	60,6%
Oui, nous pourrions être plus informés sur la prophylaxie buccodentaire en pratique		12	36,4%
Oui, éventuellement, pourquoi pas ...		3	9,1%
Non, la prévention coûte trop cher à la sécurité sociale		1	3,0%
Non, la prévention me prend déjà trop de temps et/ou d'argent		1	3,0%
Je n'ai pas vraiment d'avis sur le sujet		0	0,0%

☞ Souhaiteriez-vous avoir accès, en France, aux soins d'une hygiéniste dentaire ? (128)

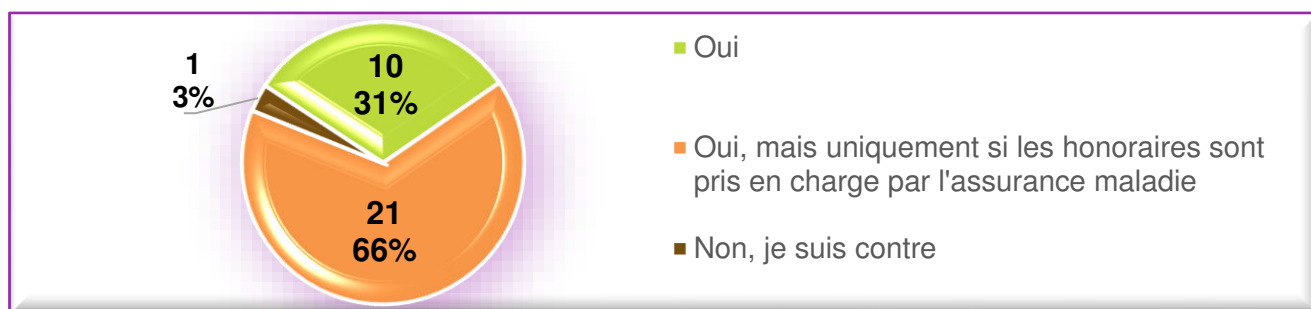


Figure 35 : Réponses à la question 128 « Souhaiteriez-vous avoir accès, en France, aux soins d'une hygiéniste dentaire ? » (Professionnels de santé)

[Source : notre sondage]

☞ Si le métier d'hygiéniste dentaire était autorisé en France... (129)

Tableau 32 : Réponses à la question 127 (professionnels de santé)

[Source : notre sondage]

	VRAI	FAUX	Ni vrai ni faux
Vous prendriez des rdv de contrôle plus fréquemment	48,5%	33,3%	18,2%
Vous auriez moins peur du cabinet dentaire	27,3%	42,4%	27,3%
Vous apprécieriez recevoir des conseils personnalisés sur l'hygiène bucco-dentaire	81,8%	12,1%	6,1%
Vous seriez d'avantage motivé à exécuter ces conseils	66,7%	15,2%	18,2%
Vous seriez satisfait pour les générations à venir	87,9%	6,1%	6,1%
Vous essayeriez de devenir hygiéniste dentaire	3,0%	27,3%	66,7%

2.6.4 Réponses des patients étrangers (10 sondés)

- Évaluation subjective de l'importance de la santé bucco-dentaire

☞ À quel niveau d'importance placeriez-vous l'hygiène bucco-dentaire dans la santé globale ? (93) *Échelle de 1 à 10*













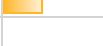

- *Minimum : 8*
- *Maximum : 10*
- *Médiane : 9*
- *Moyenne : 8,98*

☞ Selon vous, quelles peuvent être les conséquences (directes ou indirectes) d'une mauvaise hygiène dentaire ? (94)

- Tous les items sont ou pourraient être des conséquences d'un défaut d'hygiène bucco-dentaire : « 100 % de bonnes réponses » s'obtient en cochant toutes les lignes.
- *Moyenne : 38,13 %* de bonnes réponses (la barrière de la langue a posé des problèmes à certains répondants étranger, en particulier à cette question).

Tableau 33 : Réponses à la question 94 (patients étrangers)

[Source : notre sondage]

Des douleurs dentaires		10
L'aggravation d'un diabète		2
Des édentations (perte des dents)		9
Une septicémie		2
Une diminution de votre pouvoir d'achat		2
Des saignements des gencives		9
Des infections osseuses		4
Une perte de poids		2
Le célibat		4
Une immunodéficience		1
La mauvaise halène (halitose)		9
Des pathologies cardiaques		2
Des douleurs articulaires		0
Une augmentation du risque d'apparition de caries chez vos enfants		3
Des carences alimentaires		2
La perte, par infection, d'une prothèse de hanche		0

☞ Dans votre hygiène de vie en général, vous... (95)

Tableau 34 : Réponses à la question 95 (patients étrangers)

[Source : notre sondage]

	Jamais	Une fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Mangez des fruits	0	0	1	1	0	0	4	4
Mangez des légumes	0	0	1	0	0	0	2	7
Allez dans un "fastfood"	2	2	3	2	0	0	1	0
Buvez des boissons sucrées	3	0	1	2	0	2	2	0
Mangez des sucreries	0	0	3	2	0	1	4	0
Buvez de l'alcool	1	0	3	2	0	1	2	1
Faites du sport (équivalent à 30 mn. d'effort)	0	0	1	1	1	1	5	1
Fumez des cigarettes	7	1	0	0	1	0	1	0
Vapez une cigarette électronique	10	0	0	0	0	0	0	0
Hydratez/protégez votre peau	2	0	1	0	1	0	0	6
Dormez suffisamment	0	0	1	0	1	1	4	3
Rdv de contrôle auprès [...] médecin traitant	1	3	6	0	0	0	0	0
Buvez du café ou du thé	0	0	1	0	0	0	0	9

☞ Quels types de soin donnez-vous à votre bouche ? (96)

Tableau 35 : Réponses à la question 96 (patients étrangers)

[Source : notre sondage]

	Jamais	Une fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Brosse à dent	0	0	0	0	0	0	0	10
Dentifrice fluoré	1	0	0	0	0	0	0	8
Brossage de la langue	1	0	0	1	0	2	1	4
Bain de bouche antibactérien	3	0	1	2	1	0	2	1
Bain de bouche "autre"	4	0	1	1	0	1	0	1
Fil dentaire	2	1	0	0	0	2	1	4
Brossette inter-dentaire	2	0	0	0	2	0	1	4
Détartrage (chez un professionnel)	1	3	6	0	0	0	0	0
Blanchiment	10	0	0	0	0	0	0	0
Utilisation d'un cure-dent	4	0	0	1	1	0	2	2
Prise d'un chewing gum sans sucre	3	1	1	1	1	1	1	1

- Enseignement à l'hygiène bucco-dentaire

☞ Où avez-vous appris ce que vous savez de la prévention bucco-dentaire et des gestes d'une hygiène bucco-dentaire adéquat ? (97)

Tableau 36 : Réponses à la question 97 (patients étrangers)

[Source : notre sondage]

Lors des campagnes de prévention : la télévision		1
Lors des campagnes de prévention : les affichages (posters, enseignes, etc.)		1
Vos parents		3
Vos enfants, par ce qu'ils ont appris à l'école primaire		0
À l'école, ou dans vos études		4
Votre dentiste		10
Un ou plusieurs de vos proches (façon bouche-à-oreille)		2

☞ Est-ce qu'un professionnel de santé vous a déjà expliqué comment, spécifiquement, brosser vos dents de façon optimale, par exemple en corrigeant vos gestes devant un miroir ? (98)

- Oui **8** ➤ Non **2**
- Si oui, cela vous a-t-il permis d'améliorer votre santé bucco-dentaire ? Si non, pensez-vous qu'un tel enseignement pourrait vous être utile ? (99)
 - Oui **9** ➤ Non **1**
- Vous sentez-vous à l'aise avec le passage du fil dentaire ? (100)
 - Oui **8** ▸ Non **2**
 - Je ne sais pas ce qu'est le fil dentaire **0**
- Vous sentez-vous à l'aise avec le passage des brossettes interdentaires ? (101)
 - Oui **8** ▸ Non **8**
 - Je ne sais pas ce que sont les brossettes interdentaires **2**

☞ Aviez-vous déjà entendu parler du métier « d'hygiéniste dentaire » ? (102)

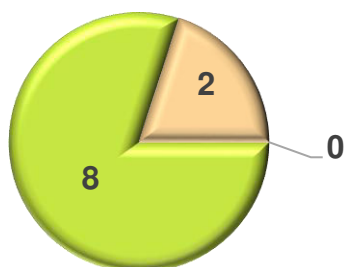


Figure 36 : Réponses à la question 102 (patients étrangers)

[Source : notre sondage]

- "Oui, je connais très bien le concept et les problématiques qui en découlent"
- "Oui, j'en ai vaguement entendu parler"
- "Non, c'est la première fois que j'entends parler d'hygiéniste dentaire"

- Prévention et hygiénistes dentaires en France : opinion

☞ Pensez-vous qu'il serait bon d'avoir davantage de prévention dans les cabinets dentaires et les services d'odontologie ? (124)

Tableau 37 : Réponses à la question 124 (patients étrangers)

[Source : notre sondage]

Oui, je pense que la prévention est à la base de tout le système de santé : il n'y en aura jamais assez	8
Oui, nous pourrions être plus informés sur la prophylaxie buccodentaire en pratique	6
Oui, éventuellement, pourquoi pas ...	2
Non, la prévention coûte trop cher à la sécurité sociale	0
Non, la prévention me prend déjà trop de temps et/ou d'argent	0
Je n'ai pas vraiment d'avis sur le sujet	0

☞ Souhaiteriez-vous avoir accès, en France, aux soins d'une hygiéniste dentaire ? (125)

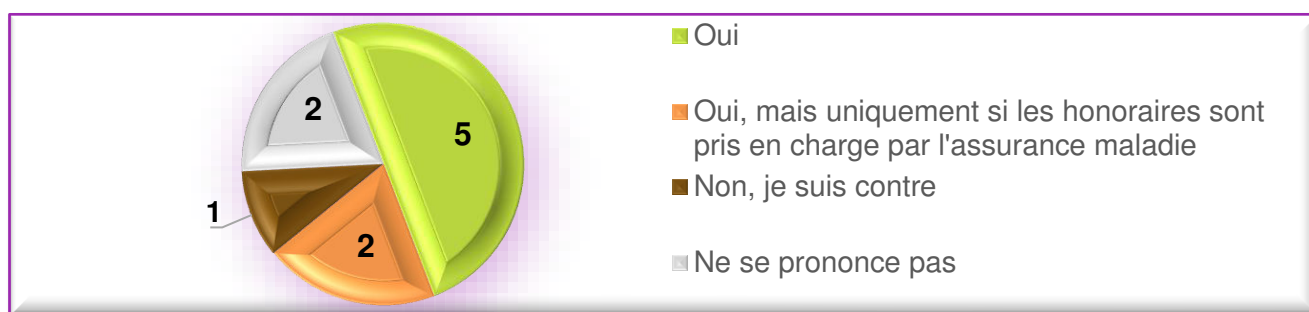


Figure 37 : Réponses à la question 125 « Souhaiteriez-vous avoir accès, en France, aux soins d'une hygiéniste dentaire ? » (Patients étrangers)

[Source : notre sondage]

☞ Si le métier d'hygiéniste dentaire était autorisé en France... (126)

Tableau 38 : Réponses à la question 126 (patients étrangers)

[Source : notre sondage]

	VRAI	FAUX	Ni vrai ni faux
Vous prendriez des rdv de contrôle plus fréquemment	5	2	0
Vous auriez moins peur du cabinet dentaire	5	1	1
Vous apprécieriez recevoir des conseils personnalisés sur l'hygiène bucco-dentaire	6	0	1
Vous seriez d'avantage motivé à exécuter ces conseils	6	0	1
Vous seriez satisfait pour les générations à venir	5	0	2
Vous essayeriez de devenir hygiéniste dentaire	0	5	2

3. Croisement, analyse et synthèse des résultats

3.1 Représentativité des populations de sondés

3.1.1 Populations des chirurgiens-dentistes

- Données générales

☞ Nombre de répondants exerçant en France : 264

- Les chirurgiens-dentistes qui composent notre échantillon sont répartis par département sur la carte ci-contre (miniature de celle figurant à la [partie 2.2.3](#) de ce chapitre, page 104)
- Par département français :
 - *Maximum* : 15
 - *Minimum* : 0
 - *Médiane* : 2

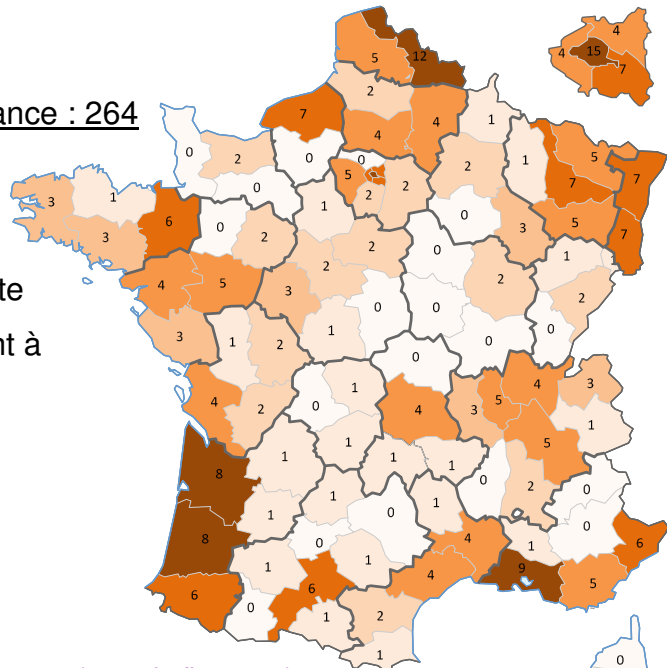


Figure 39 (rappel : figure 13)

☞ Densité des chirurgiens-dentistes français

- Une simple comparaison visuelle ne suffit pas pour attester d'un degré de représentativité de la population des chirurgiens-dentistes interrogés.
- Cependant, la carte ci-contre présente des tendances de répartition relativement similaire à nos participants au sondage.

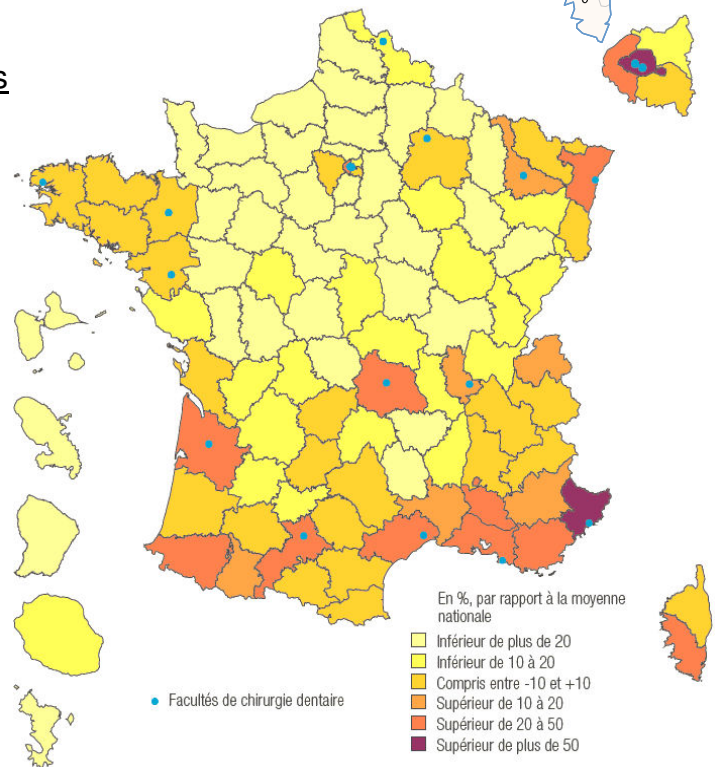


Figure 38 : Densité départementale des chirurgiens-dentistes en activité au 1er janvier 2016

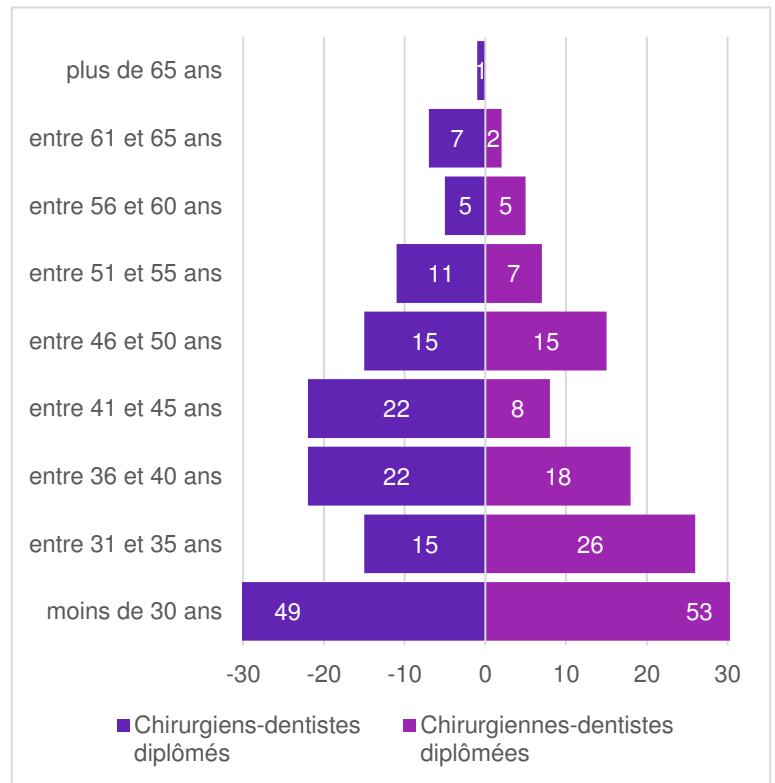
[Source : Millien, 2017b]

Champ • Ensemble des chirurgien-ne-s-dentistes actifs âgés de 70 ans ou moins au 1^{er} janvier 2016, France entière.
Sources • RPPS et données de population INSEE.

🔗 Âge et sexe :

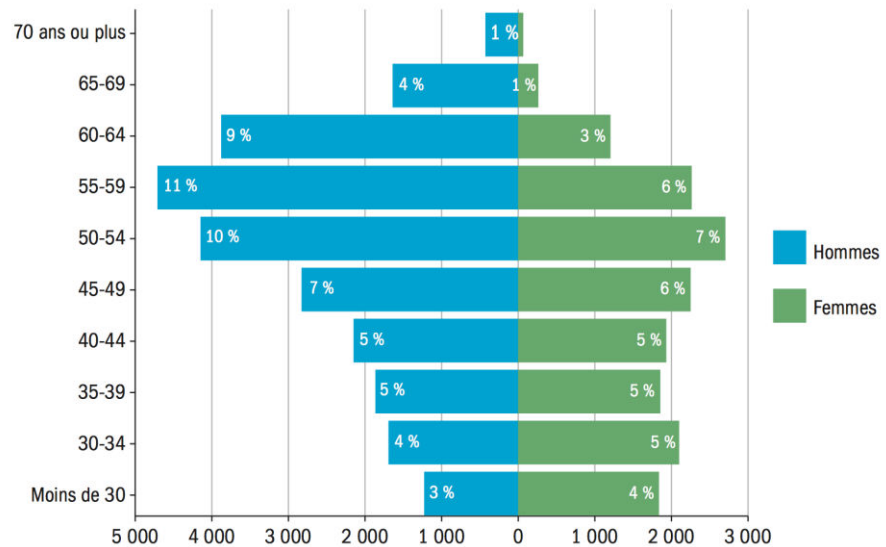
- Il apparaît que la proportion des jeunes chirurgiens-dentistes soit plus importante dans notre échantillon que dans la population globale des chirurgiens-dentistes français.
- Ce défaut de représentativité s'explique par le mode de diffusion du sondage (Facebook) et la fréquentation spécifique de ce réseau social.

*Figure 40 : Pyramide des âges qu'avaient, en 2015, les chirurgiens-dentistes sondés exerçant en France
[Source : notre sondage]*



- Ci-dessous, la pyramide des âges des chirurgiens-dentistes français en 2013 peut être comparée à celle des chirurgiens-dentistes sondés exerçant en France.

Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes en activité en 2013



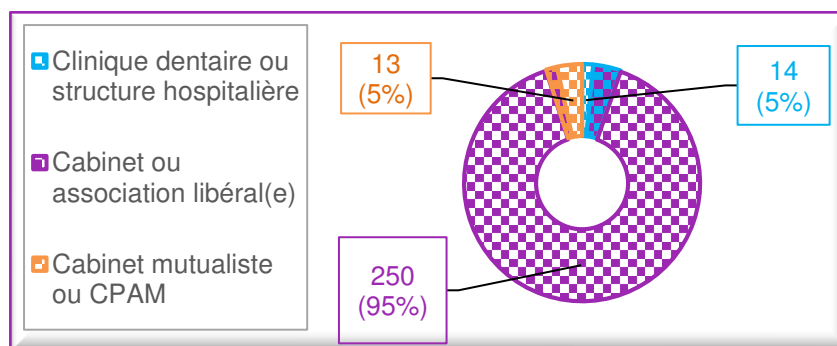
Source : RPPS, traitement DREES, 1^{er} janvier 2013.

*Figure 41 : Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes en activité en 2013
[Source : RPPS, traitement DREES, 1^{er} janvier 2013]*

- Type d'exercice des chirurgiens-dentistes de France

☞ Libéral ou salarié

- Par maladresse, la question ne fut pas posée clairement et directement aux chirurgiens-dentistes sondés, mais les réponses à la question n°9 sur la structure d'exercice nous informe que 90,5 % des chirurgiens-dentistes interrogés travaillent exclusivement en libéral, et 4,5 % à la fois en libéral et en structure hospitalière ou mutualiste (graphique ci-dessous).
- Or, d'après le numéro 1027 d'*Etude et Résultats* de la DREES (Millien 2017) de 2016, un peu moins de 90 % des chirurgiens-dentistes travaillent en libéral.



*Rappel :
Figure 14*

☞ Omnipratique ou spécialité

- De même, la question ne fut pas posée clairement et directement aux chirurgiens-dentistes sondés, mais les réponses à la question n°43 relative aux secteurs d'activité des chirurgiens-dentistes interrogés nous a permis de procéder à un classement arbitraire (en traitant manuellement des données une par une) comme suit :
 - Exemples de classement en « Spécialité exclusive »
 - « Chirurgie ; Parodontologie ; Implantologie »
 - « Endodontie ; Chirurgie »
 - Exemples de classement en « Omnipratique »
 - « Odontologie conservatrice ; Parodontologie ; Chirurgie ; Prothèse »
 - « Odontologie conservatrice ; Endodontie ; Parodontologie ; Prothèse, Odontologie pédiatrique ; Prévention »
- Ces résultats, explorés plus précisément plus loin (en [partie 3.2.2](#) de ce chapitre, page 150) nous informent que 12,1 % des sondés ont un profil de spécialiste.

- Chirurgiens-dentistes exerçant à l'étranger

☞ Données générales sur l'échantillon :

- Effectif : 10, dont 9 hommes et 1 femme (Ecosse)
- Pays d'exercice : variables, d'Europe et d'Amérique du Nord

☞ Conclusion sur la représentativité de l'échantillon :

- Les chirurgiens-dentistes exerçant à l'étrangers sont en trop faible nombre pour que leur échantillon puisse être considéré comme représentatif.
- Cependant, dans certains cas où une comparaison pourrait être intéressante, nous utiliserons leurs résultats statistiques malgré tout.

3.1.2 Représentativité de la population générale

☞ Nombre de répondants : 284

☞ Âge et sexe

- Homogène, de tous les âges
- Majoritairement de sexe féminin
 - Surtout parmi l'échantillon de profession de santé : 91 % de femmes
 - Parmi le reste des patients : 68,6% de femmes

☞ Conclusion sur la représentativité de l'échantillon : par sa composante féminine équivalente à deux tiers de l'échantillon de patients, cette catégorie ne peut pas être considérée comme représentative de la population générale. Néanmoins, en prenant en considération que les femmes ont statistiquement de meilleures habitudes dans leur hygiène de vie (DREES et Santé Publique France 2017), nous nous sommes permis de nous baser sur certaines données du sondage dans la suite du document.

3.1.3 Représentativité des auxiliaires de santé

☞ Nombre de répondants : 65

- Respectivement dénombrés à 29, 22 et 14, les échantillons des infirmier(ère)s, des assistant(e)s dentaires et des hygiénistes dentaires sont trop faibles pour être considérés comme étant représentatifs (inférieur à 30).
- Cependant, dans certains cas où une comparaison pourrait être intéressante, nous utiliserons leurs résultats statistiques malgré tout.

☞ Âge et sexe

- Ces professions sont majoritairement représentées par des femmes, et nous retrouvons cette nette tendance dans notre échantillon : 63 femmes pour 3 hommes (trois infirmiers)
- Les échantillons d'hygiénistes dentaires et d'assistant(e)s comptent 100 % de femmes.

Conclusion sur la représentativité des échantillons

L'échantillon de la population des chirurgiens-dentistes exerçant en France présente une relative représentativité, en particulier vis-à-vis des populations de jeunes chirurgiens-dentistes.

Tous les autres échantillons sont statistiquement non représentatifs, principalement à cause de la prédominance féminine dans le groupe total des répondants au sondage (sauf dans la population des chirurgiens-dentistes pratiquant à l'étranger où l'inverse est vrai), et par ailleurs à cause du faible nombre de certains effectifs.

Cependant, par curiosité et dans une certaine optique d'ouverture de ces résultats à des questionnements ultérieurs, voire à des futurs approfondissements, nous allons comparer les réponses à certaines questions.

3.2 Résultats des réponses des chirurgiens-dentistes

3.2.1 Les chirurgiens-dentistes vis-à-vis de la délégation des actes

- Réponses relatives à la création du métier hygiénistes dentaires

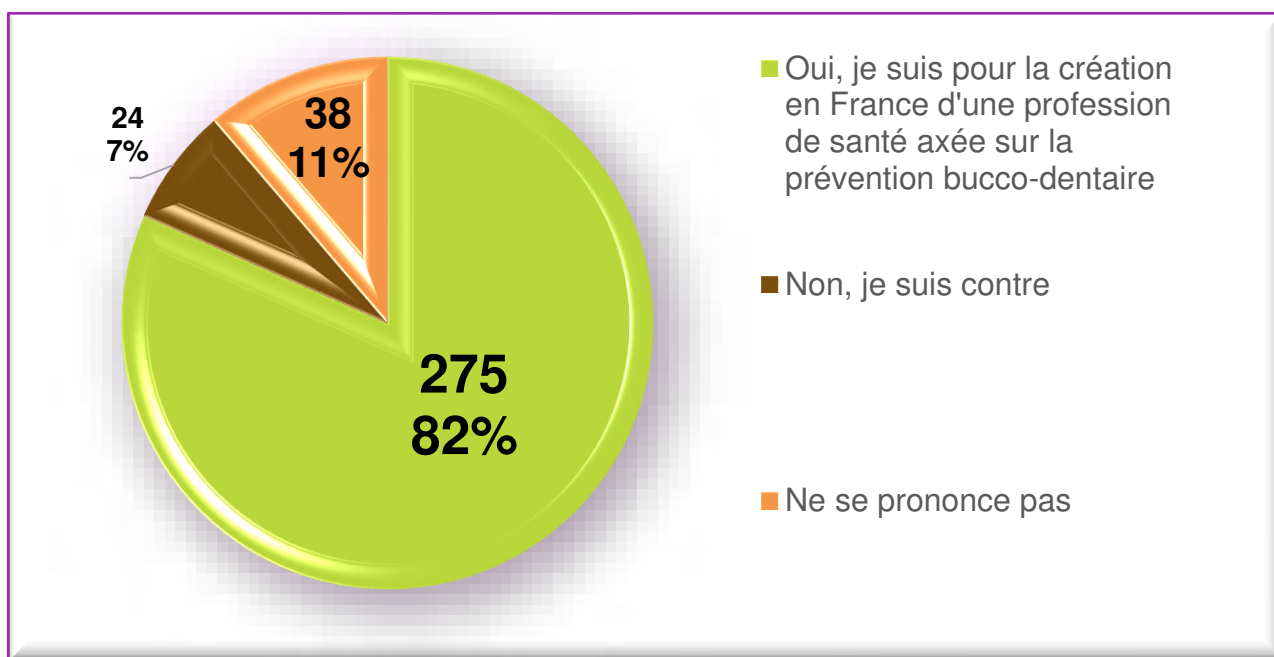


Figure 42 : Résultats du sondage des chirurgiens-dentistes français exerçant à l'étranger et en France, vis-à-vis de la création du métier d'hygiéniste dentaire

[Source : notre sondage]

- Réponses relatives à la délégation des actes

☞ Pour examiner plus précisément les opinions sur la délégation des actes, nous avons séparé les chirurgiens-dentistes sondés en trois populations, en fonction de leur réponse à la question précédente.

- La question précédente comprenait les chirurgiens-dentistes français exerçant à l'étranger, ainsi que les étudiants en chirurgie dentaire
- Or, dans les graphiques suivants, nous n'examinerons que les réponses des chirurgiens-dentistes diplômés exerçant en France ayant répondu aux questions sur la délégation des actes (262 sondés) :

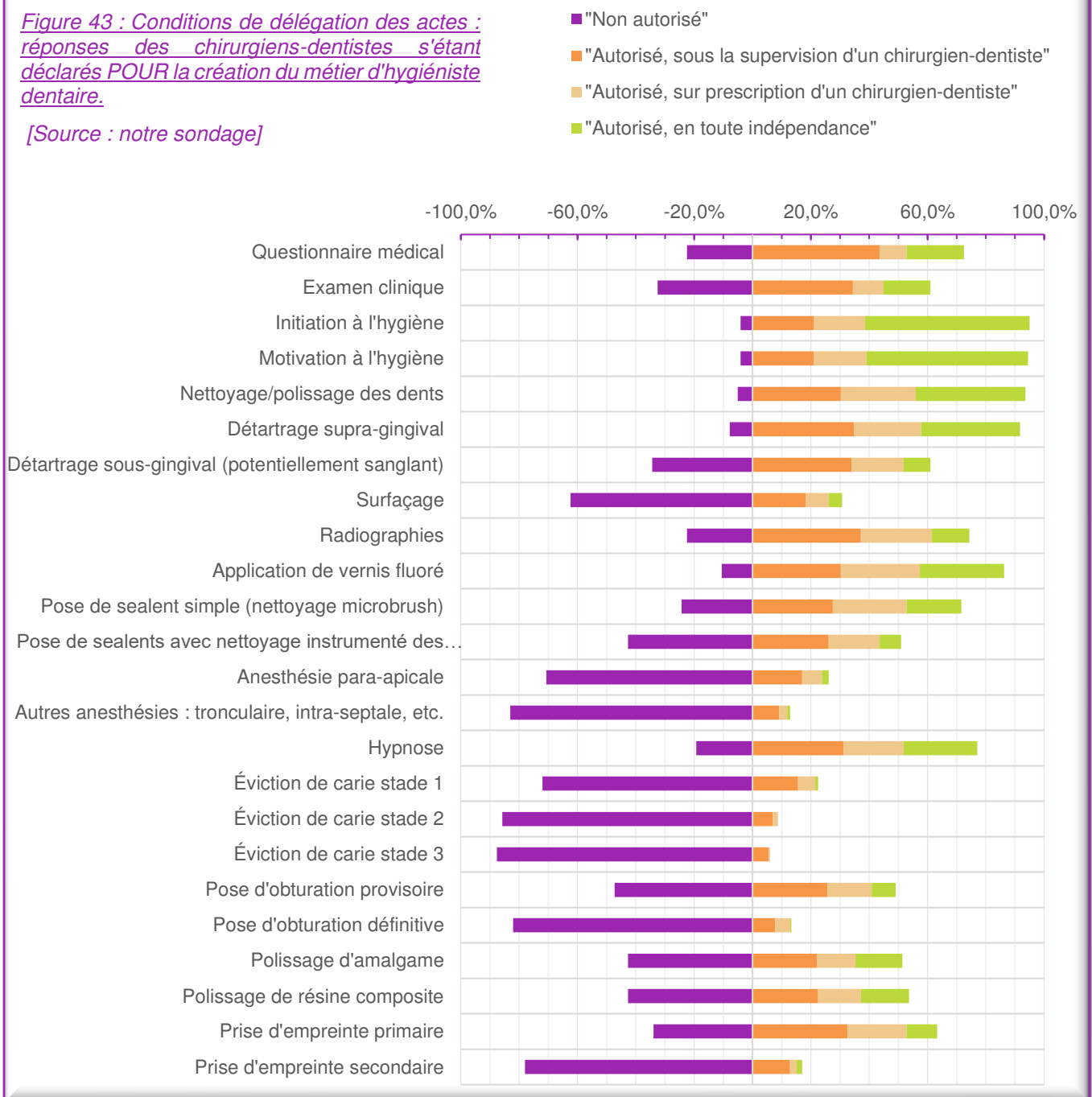
- Déclarés « pour » = **218 (83,2%)**
- Déclarés « contre » = **15 (5,7%)**
- Non déclarés « pour » ou « contre » = **29 (11,1%)**

☞ Chirurgiens-dentistes diplômés s'étant déclarés « pour » = 218 (83,2%)

- De la part des chirurgiens-dentistes, étudiants compris, s'étant déclarés « pour » la création d'un nouveau métier, il fallait s'attendre à ce qu'ils souhaitent profiter de l'opportunité de déléguer certains actes.

Figure 43 : Conditions de délégation des actes : réponses des chirurgiens-dentistes s'étant déclarés POUR la création du métier d'hygiéniste dentaire.

[Source : notre sondage]



- Sans surprise, les actes qui ont reçu le plus de suffrages (supérieurs à 60%) sont, dans l'ordre de popularité :
 - L'initiation et la motivation à l'hygiène
 - Le nettoyage/polissage des dents
 - Le détartrage supra-gingival
 - L'application de vernis fluoré
 - L'hypnose
 - La prise de radiographies
 - Le scellement de sillon sans fraisage
 - La prise d'empreintes primaires
 - Le détartrage sous-gingival
 - L'examen clinique
- À l'inverse et en toute cohérence, un certain nombre d'actes se révèlent majoritairement (supérieur à 75%) réservés aux mains des chirurgiens-dentistes :
 - Éviction des caries de stade 2 et 3
 - Les anesthésies tronculaires et intra-septales
 - La pose d'obturation définitive
 - La prise d'empreinte secondaire
- D'une façon surprenante, il semblerait que les chirurgiens-dentistes français ne soient pas prêts à déléguer des actes couramment pratiqués par les hygiénistes dentaires d'autres pays :
 - Éviction de carie stade 1 (déminéralisation amélaire sans atteinte dentinaire)
 - Anesthésie para-apicale
 - Surfaçage (mais il n'était pas précisé si nous le considérons avec ou sans résection gingivale : une distinction aurait certainement affiné les résultats)
- Couramment pratiqués par les hygiénistes dentaires à l'étranger, les actes suivants semblent laisser un point d'interrogation statistique, bien qu'ils aient reçu davantage de réponses « acte autorisé » que de « non autorisé » :
 - La pose d'obturation provisoire
 - Le polissage des reconstitutions en matériaux composite ou amalgame
 - Scellement de sillon avec nettoyage instrumenté

« *Un besoin en France mais sous le contrôle d'un chirurgien-dentiste qui peut intervenir en cas de complications ou d'intervention.* » Anonyme, chirurgien-dentiste de l'Aisne.

« *En Allemagne il y a une règle simple pour les hygiénistes : tout ce qui provoque un changement irréversible en bouche est interdit aux hygiénistes. Sous cette restriction ça peut apporter beaucoup à un cabinet. Mais j'ai des doutes sur le financement en France - malheureusement.* » Anonyme, chirurgien-dentiste diplômé en Allemagne et exerçant dans le Val-de-Marne.

« *Le statut possible dépend du type d'activités déléguées : certaines peuvent permettre un statut indépendant (HBD), d'autres impliquent forcément un binôme avec un dentiste.* » Anonyme, chirurgienne-dentiste de Côte-d'Or.

« *Mon assistante informe déjà nos patients en matière d'hygiène, j'aimerais pouvoir lui déléguer plus. Elle se forme en hypnose. Merci, j'ai hâte que cette profession existe !* » Dr. Agnes Sadoux, chirurgienne-dentiste de la Vienne.

« *D'un point de vue totalement intellectuel la création de cette profession serait un excellent moyen d'inclure nos patients dans une démarche globale en allégeant la prise en charge du dentiste.*

Ainsi ces hygiénistes pourraient être le relais afin de faire passer ce message de prévention souvent délaissé en dehors de la prise en charge parodontale mais également suite à la première consultation de réaliser certains actes prophylactiques comme le détartrage sur prescription du chirurgien-dentiste.

Je serai contre un libre accès du patient car les différents risques notamment le risque infectieux doit être évalué lors d'une première consultation (prenons exemple de l'endocardite).

De plus les actes techniques tels que le surfaçage ne me paraissent pas réalisables sans formation adéquate compte tenu de la difficulté de bien mener ces actes (nécessité d'aides optiques etc).

Ainsi on pourrait les imaginer comme une aide pour nous, complétant des parties de notre activité trop souvent délaissées.

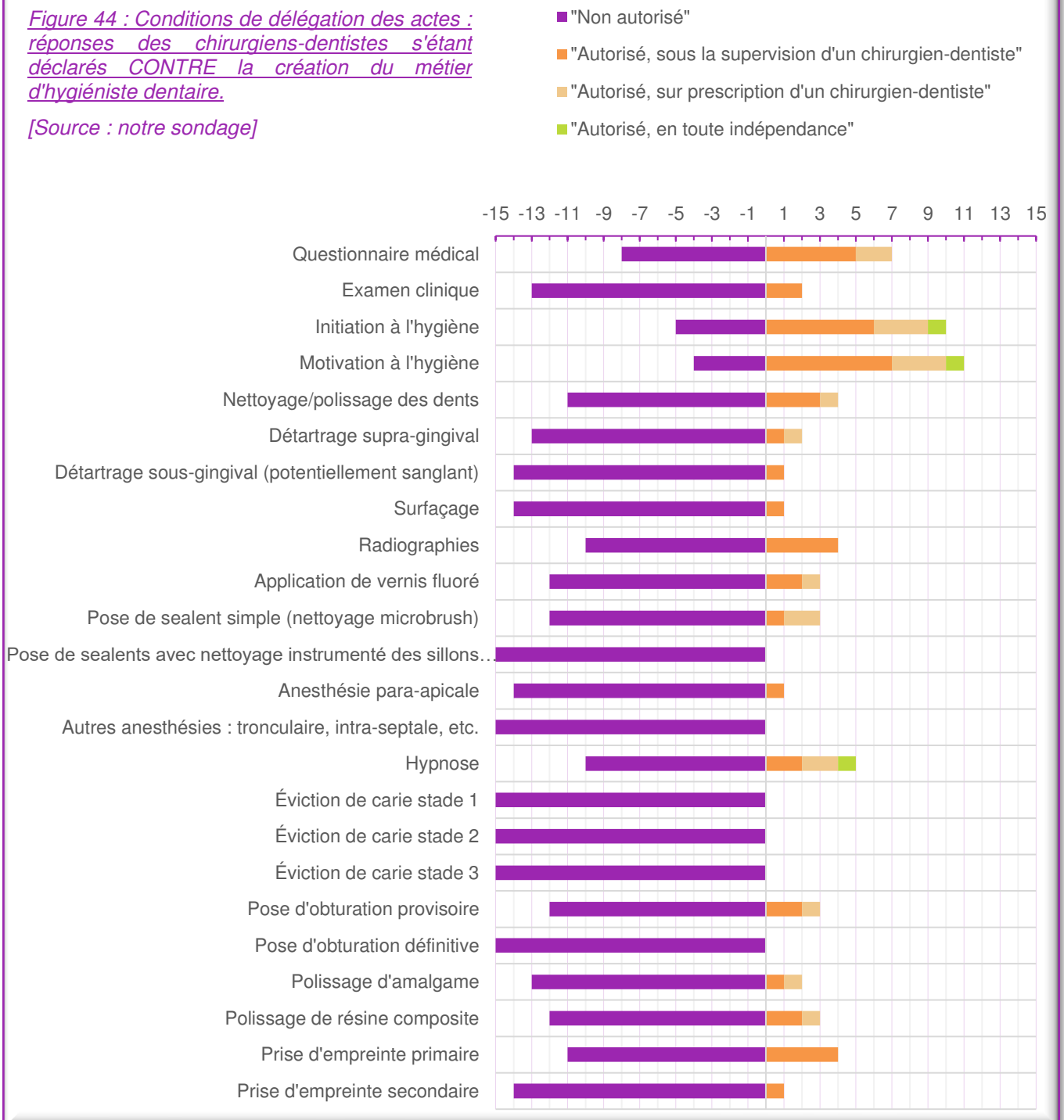
Après se posera le problème des cotations sécu : si les actes tel qu'une motivation à l'hygiène sont réalisés en NPC, seuls certains patients y auront recours... Or c'est à mon avis le principal intérêt de créer cette profession. » Anonyme, chirurgien-dentiste de Seine-Maritime.

☞ Chirurgiens-dentistes diplômés s'étant déclarés « contre » = 15 (5,7%)

- Parmi les 17 chirurgiens-dentistes s'étant déclarés « contre » la création du métier d'hygiéniste dentaire, 2 n'ont répondu à aucune des lignes sur la délégation des actes. Ils n'ont donc pas été pris en compte dans le graphique ci-dessous.
- Parmi les 15 ayant répondu « contre », environ un tiers d'entre eux sont d'accord pour déléguer les tâches extra-orales telles que la motivation à l'hygiène, le questionnaire médical et l'hypnose.

Figure 44 : Conditions de délégation des actes : réponses des chirurgiens-dentistes s'étant déclarés CONTRE la création du métier d'hygiéniste dentaire.

[Source : notre sondage]



- Globalement un quart de l'échantillon autoriserait, en plus, des actes non invasifs mais intra-oraux tels que la prise de radiographies, l'initiation à l'hygiène, le nettoyage/polissage des dents et la prise d'empreintes primaires.
- Il semblerait, sans vouloir extrapoler les résultats dans cette allégation, que ces répondants seraient « contre la création du métier d'hygiéniste dentaire » mais « pour l'élargissement des compétences de l'assistant(e) ».

☞ Chirurgiens-dentistes ne s'étant pas prononcés : 29 (11,1 %)

- Il est intéressant de se pencher sur les statistiques concernant la délégation des actes relatives aux répondants qui ne se sont pas prononcés à la question « Êtes-vous pour ou contre la création du métier d'hygiéniste dentaire en France ? »
- En effet, ces réponses sont comparables à celles des chirurgiens-dentistes ayant répondu « pour » ...
- Nous allons citer quelques commentaires de ces sondés car certains pourraient expliquer cette impression d'incohérence statistique :

« *Si pas de politique de santé préventive, aucun intérêt* » Chirurgien-dentiste, Meuse.

« *Aux tarifs d'autorité, l'activité d'hygiéniste, comme la prévention en France, reste une utopie non viable économiquement pour un praticien libéral* » Chirurgien-dentiste, Gard

« *Je ne vois pas comment ils pourraient gagner leur vie en France* » Chirurgienne-dentiste, Vaucluse.

« *Pour moi, toutes les assistantes devraient être hygiénistes dans leur formation initiale, mais pas de travail invasif en bouche.* » Lise, chirurgienne-dentiste, Puy-de-Dôme

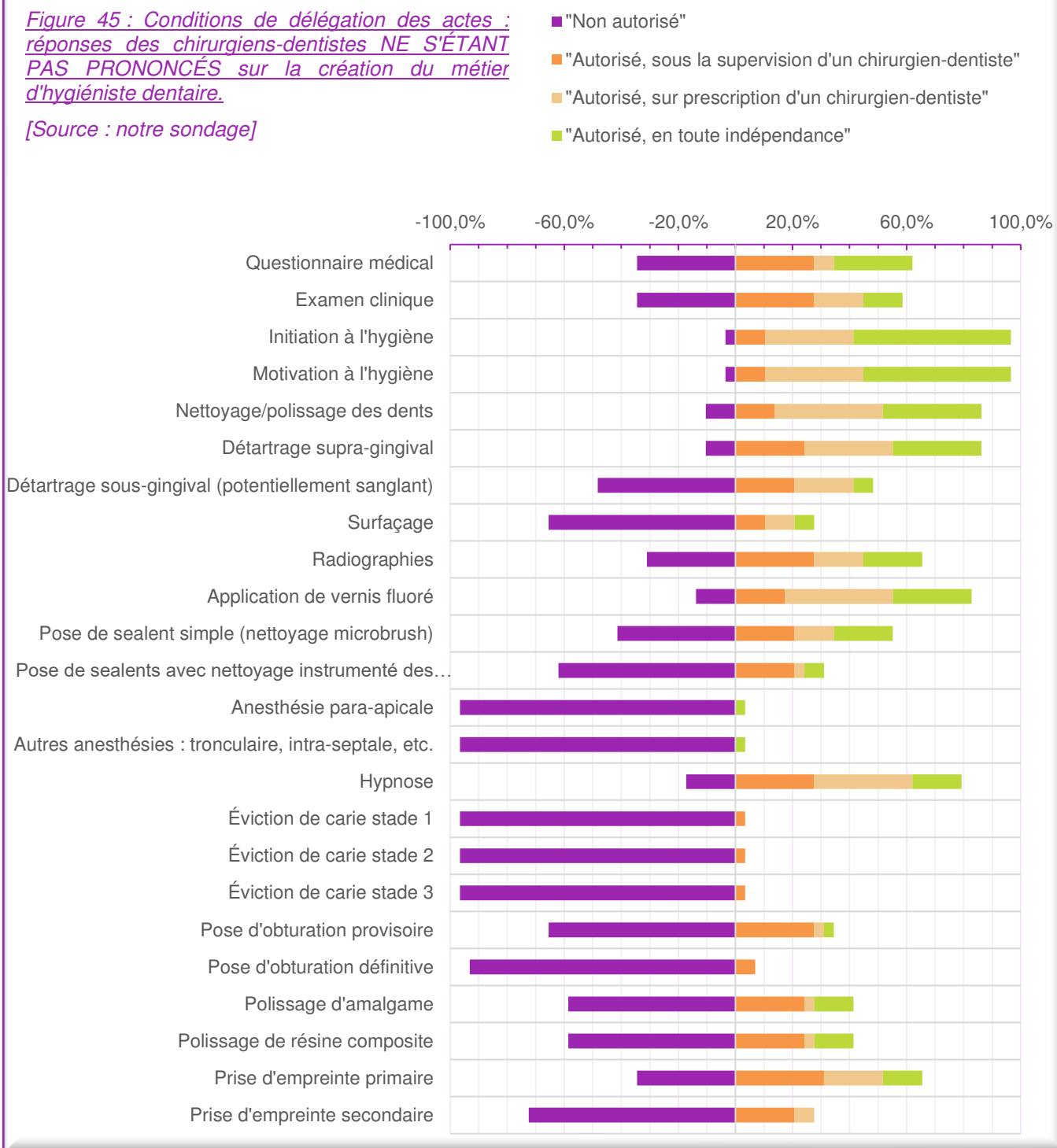
« *Partisane de la délégation de tâches et de l'évolution professionnelle des assistantes dentaires qualifiées plutôt que de la création d'un nouveau métier.* » Anonyme, chirurgienne-dentiste du Nord.

« *On a besoin de plus de prévention en France, mais rien qu'en répondant à ce questionnaire, on se rend compte que la question des hygiénistes dentaires est délicate.*

Il faut un juste milieu entre trop ou ne pas assez déléguer, et je pense que ce juste milieu diffère selon chacun ». Marlon Pallac, étudiant en chirurgie dentaire.

Figure 45 : Conditions de délégation des actes : réponses des chirurgiens-dentistes NE S'ÉTANT PAS PRONONCÉS sur la création du métier d'hygiéniste dentaire.

[Source : notre sondage]



3.2.2 Réponses relatives aux caractéristiques de la pratique

- Diversification des secteurs d'activité

☞ Activités de prévention dans les cabinets libéraux d'omnipratique

- Moins de deux tiers des chirurgiens-dentistes ont indiqué faire de la prévention
- Parmi les non-spécialistes, seulement un tiers déclarent avoir une activité de pédodontie dans leur omnipratique.
- Un omnipraticien sur cinq ne fait ni de prévention ni de pédodontie.

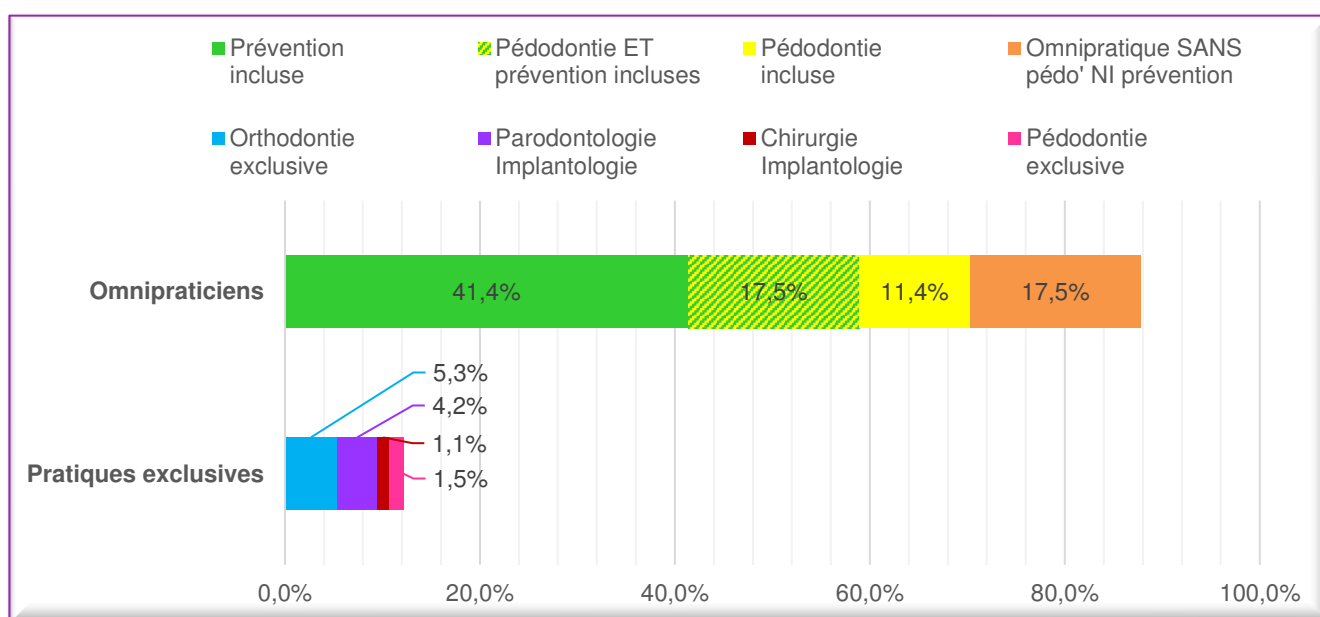


Figure 46 : Répartition des types d'activités dans la pratique des 263 chirurgiens-dentistes diplômés exerçant en France

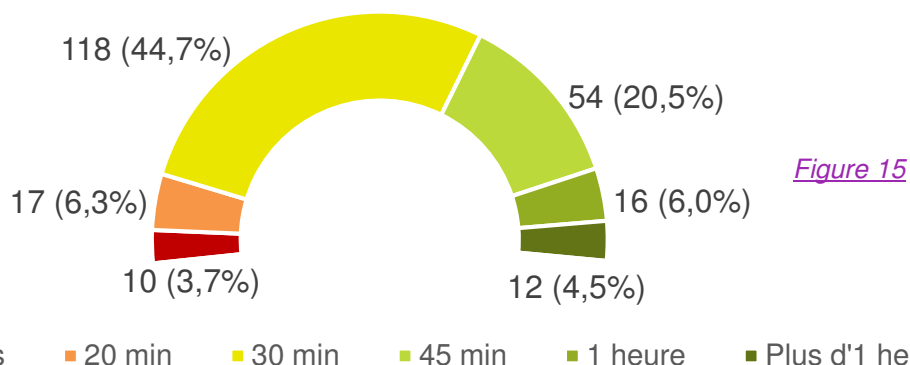
[Source : notre sondage]

☞ Les chiffres des chirurgiens-dentistes de l'étranger :

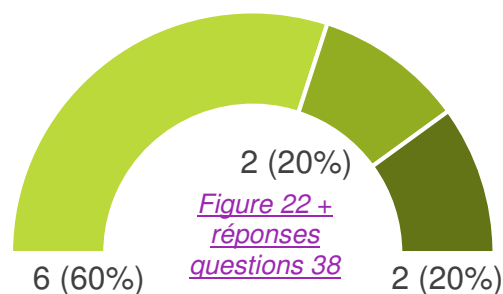
- En comparaison, malgré le manque de représentativité des praticiens étrangers dû à leur faible nombre dans cet échantillon (dix), les omnipraticiens des pays possédant des hygiénistes dentaires ont *tous inclus la prévention* dans les secteurs de leur activité.
- De plus, un détail surprenant est apparu lors du dépouillement : *la moitié de ces omnipraticiens pratiquent l'implantologie.*

- Organisation du temps de travail

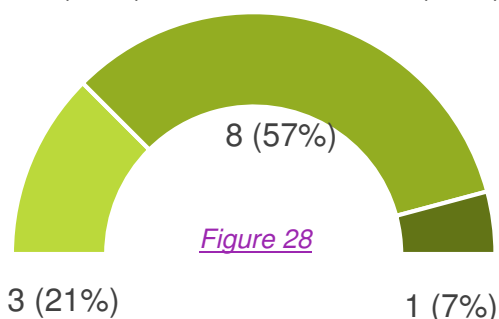
☞ Chez les chirurgiens-dentistes exerçant en France, en omettant les réponses attestant de durées de rendez-vous variables, et en considérant les réponses « plus d'une heure » comme égales à 75 minutes, et les réponses « 15 minutes ou moins » comme égales à 15 minutes, la moyenne calculée est de **37 minutes** par entrevue.



☞ Chez les chirurgiens-dentistes exerçant à l'étranger, en en considérant les réponses « plus d'une heure » comme égales à 75 minutes, la moyenne est de **54 minutes** par entrevue.



☞ Chez les hygiénistes dentaires, en omettant les réponses attestant de durée de rendez-vous variables, et en considérant la réponse « plus d'une heure » comme égale à 75 minutes, la moyenne est de **58 minutes** par entrevue.



☞ Temps de délais pour un premier rendez-vous : En dépit de leur plus grande densité de rendez-vous, les plannings des chirurgiens-dentistes exerçant en France imposent une plus longue attente aux patients pour une première consultation :

Tableau 39 : Synthèse comparative des réponses relatives à l'organisation des plannings de rendez-vous

[Source : notre sondage]

	Effectifs	Durée moyenne d'un rendez-vous en minutes	Durée moyenne du délais d'attente en nombre de semaines		
			Maximum	Médiane	Moyenne
Chirurgiens-dentistes en France	264	37	60	3	5,1
Chirurgiens-dentistes à l'étranger	10	54	4	2	2,1
Hygiénistes dentaires	14	58	9	3	3,5

- Rapport « auxiliaire de santé par chirurgien-dentiste »

➤ Nombre d'assistant(e)s par dentiste (rapport A/D pour chaque sondé)

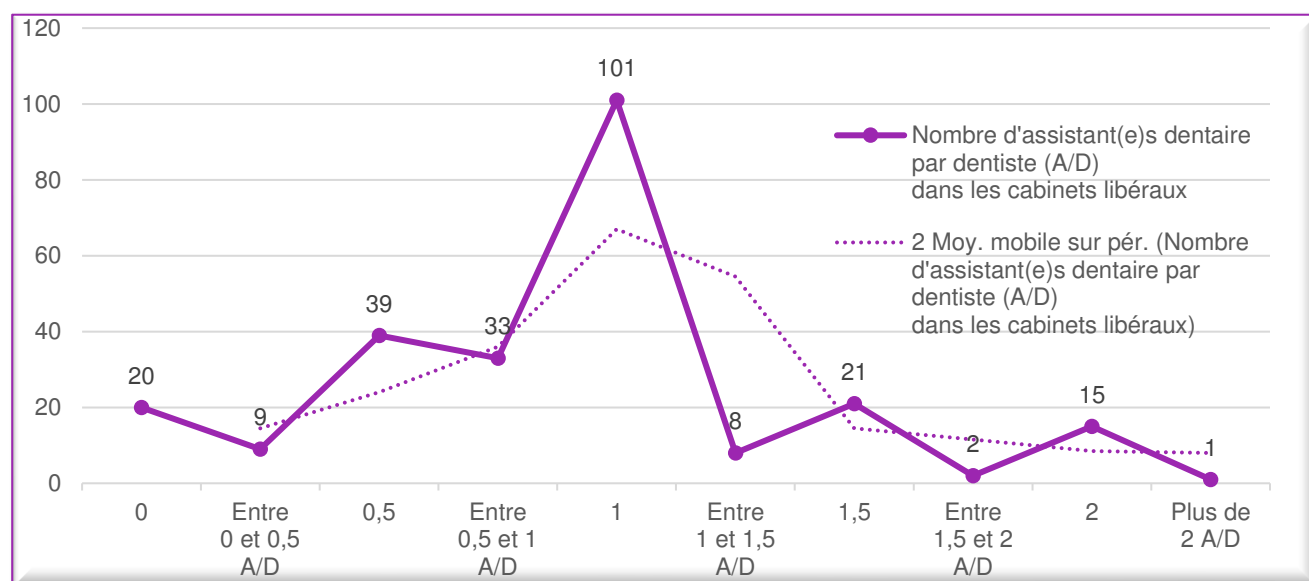


Figure 47 : Nombre d'assistant(e)s dentaires (A) par dentiste (D) en France (courbe du nombre des différentes valeurs de A/D) dans les cabinets libéraux

[Source : notre sondage]

- La moyenne des rapports A/D issu du dépouillement est de **0,91** :
 - Cette moyenne est 80% supérieure à celle, bien connue, de 0,5 assistant(e)s par dentiste en France. Cette différence peut s'expliquer par le fait que nous avons demandé dans le sondage un « nombre d'assistant(e)s » et un « nombre de chirurgiens-dentistes », sans considération du temps de travail de chacun d'eux.
 - La moyenne arithmétique du nombre total d'assistant(e)s déclaré sur le nombre total de chirurgiens-dentistes déclaré est de 0,88 A/D.

➤ Même si on émet l'hypothèse que ce chiffre est surestimé, il reste largement inférieur aux moyennes connues de certains pays européens, d'après le rapport de l'ASD (ASD 2018) :

Pays	Nb assistant dentaire ou hygiéniste par dentiste
France	0,5
Allemagne	2,6
Autriche	2,3
Espagne	1,4
Italie	2,1
Pays-Bas	2,2
Royaume-Uni	1,5
Suède	1,8

Source : CED 2015

Tableau 40 : Nombre d'auxiliaires dentaires par dentiste en Europe

[Source : annexe 5, page 42]

☞ Rapports du nombre d'auxiliaires de santé par chirurgien-dentiste d'après nos répondants étrangers :

- La moyenne des rapports donnés par les chirurgiens-dentistes étrangers est de **2,27** auxiliaires de soin (assistant(e)s + hygiéniste dentaire) par chirurgien-dentiste.
- La moyenne de ces rapports donnés par les hygiénistes dentaires est de **3,8** auxiliaires par chirurgien-dentiste (nous n'avons pas tenu compte des réponses des hygiénistes dentaires travaillant en indépendance, sans chirurgien-dentiste).

3.2.3 Les commentaires des chirurgiens-dentistes (à la fin du sondage)

- Exemples de commentaires courts et positifs vis-à-vis de la création du métier d'hygiénistes dentaires en France

« *Indispensable* » Anonymes, chirurgiens-dentistes de Paris, du Var et de Seine-Maritime ; « *Nécessaire* » Anonymes, chirurgiens-dentistes de Loir-et-Cher et Meurthe-et-Moselle ; « *Vite !* » Anonyme, chirurgien-dentiste français exerçant au Royaume-Uni ; « *Les dentistes auraient tout à y gagner... travailler dans des bouches propres, des traitements plus durables car mieux entretenus...* » Anonyme, chirurgienne-dentiste du Haut-Rhin ; « *C'est pour quand ?????* » Anonyme, chirurgienne-dentiste de Charente-Maritime ; « *Il faudrait enfin le faire en France ! Thèse à transmettre au ministère de la santé !* » Dr Sophie Lellouche, chirurgienne-dentiste de Hauts-de-Seine ; « *Nécessaire ! Et même indispensable. J'espère qu'il [le sondage] sera communiqué au ministère de la santé !!!!* » Anonyme, chirurgienne-dentiste du Loiret ; « *Je pense que cela permettrait d'accélérer beaucoup plus efficacement la prévention et l'hygiène bucco-dentaire et donc la santé bucco-dentaire des français !* » Anonyme, chirurgienne-dentiste de Charente-Maritime ; « *Il en faut absolument* » Anonyme, chirurgien-dentiste du Haut-Rhin ; « *Ce serait une bonne chose* » Anonyme, chirurgien-dentiste de la Martinique ; « *Absolument nécessaire* » Anonyme, chirurgien-dentiste des Bouches-Du-Rhône ; « *On n'a jamais vu un médecin se plaindre de voir une infirmière effectuer un soin qu'il serait capable de dispenser lui-même.* » Anonyme, étudiante en odontologie ; « *Un métier indispensable qui manque cruellement au système français.* » Anonyme, chirurgien-dentiste du Nord ; « *Bonne idée, je pense qu'il est vraiment important d'apporter une aide dans la prévention et déléguer quelques actes dans cette même thématique aux chirurgiens-dentistes par la création de postes*

d'hygiénistes. » Anonyme, étudiant en chirurgie-dentaire ; « *Indispensable à la santé bucco-dentaire* » Anonyme, chirurgien-dentiste des Bouches-du-Rhône.

- Synthèse des arguments allant à l'encontre de la création du métier d'hygiéniste dentaire en France

§ Les arguments financiers

- Perte financière théorique pour les chirurgiens-dentistes
 - « *Je ne suis pas contre, mais avec une revalorisation de nos soins, avec la politique actuelle moi qui suis omnipraticien je fais mes assainissements parodontaux à un tarif "abordable" et justifié (temps passé au fauteuil), cet acte me permet de gagner ma vie. Que va t il me rester s'il est pratiqué par les hygiénistes ? Un cabinet dentaire est une petite entreprise, il faut être rentable.* » Anonyme, chirurgienne-dentiste de la Somme
- Diminution relative du rapport offre/demande de soin
 - « *Peut-être une alternative au manque de dentiste mais perso j'aime bien voir mes patients régulièrement pour leur détartrage... Mais attention qu'en sera-t-il le jour où il n'y aura plus de carie en France comme dans certains pays du nord de l'Europe (ce n'est pas demain la veille en France mais selon les catégories de patients nous avons quand même des jeunes adultes sans carie exemple mes enfants leur cousins cousines etc....)* » Anonyme, chirurgienne-dentiste du Val-de-Marne
 - « *Il y aura bientôt surpopulation de chirurgiens-dentistes venant d'étranger... Il faut leur laisser de quoi ne pas se tourner les pouces* » Anonyme, chirurgien-dentiste du Nord
- Les tarifs et le reste à charge restent à définir...
 - « *Aux tarifs d'autorité, l'activité d'hygiéniste, comme la prévention en France reste une utopie non viable économiquement pour un praticien libéral.* » Anonyme, chirurgien-dentiste du Gard.
 - « *Il y a du chemin à faire en France au niveau mentalité et surtout tarifs mais c'est vraiment un atout dans la pratique courante.* » Anonyme, chirurgien-dentiste français exerçant au Canada.
 - « *Il serait temps... Mais ingérable au vu de la nomenclature.* » Anonyme, chirurgien-dentiste de Loire-Atlantique

- ▶ « *Notre modèle économique en France (rémunération des actes de prévention) nous permet très difficilement d'envisager cette profession dans une structure libérale.* » Pierre MICHENEAU, étudiant en chirurgie dentaire.
- ▶ « *Impossible à mettre en place avec la tarification actuelle !* » Anonyme, étudiant en chirurgie dentaire.

🔗 Les difficultés de mise en place

➤ La législation actuelle et le monopole des habilitations

- ▶ « *Le monopole des dentistes sur l'art dentaire doit être préservé* », Anonyme, pharmacien.
- ▶ « *Intéressant, mais j'ai l'impression que l'hygiéniste en France est un métier "utopique", métier qui devrait être indispensable mais je ne vois pas comment le mettre en place... Il faudrait tout changer...* » Anonyme, chirurgienne-dentiste de la Somme
- ▶ « *Incompatible avec le système actuel.* » Anonyme, chirurgienne-dentiste de Gironde
- ▶ « *Excellente initiative mais malheureusement nos instances professionnelles sont réticentes à cette idée.* » Anonyme, chirurgien-dentiste des Bouches-du-Rhône
- ▶ « *Le pays n'est pas prêt [pour les hygiénistes dentaires] : il y a d'autres problèmes plus urgents je pense...comme la revalorisation des actes et [l'apparition des] centres low-cost.* » Anonyme, chirurgien-dentiste de la Réunion.

➤ Le coût de mise en place d'une nouvelle profession

- ▶ « *Le gros point noir pour les hygiénistes c'est le financement de leur pratique. Il faudrait les autoriser, sous le numéro du chirurgien-dentiste ou de la structure responsable qui validerait le travail par sa signature numérique, à coter des actes spécifiques, remboursables. Cela pose aussi la question du financement d'autres actes, puisque le chirurgien-dentiste sera amené à se recentrer sur son cœur de métier : le soin invasif. Ceux-ci devront être mieux pris en charge pour ne pas augmenter le reste à charge, pour les patients, qui découlerait d'une réalisation plus fréquente par le chirurgien-dentiste d'actes non totalement pris en charge. Il faudrait également des structures de formation adaptées.* » Anonyme, chirurgien-dentiste du Rhône.

➤ Structure de formation et valeur du diplôme

- ▶ « *Question de la formation et du niveau de leurs compétences, et niveau de compétences de dentistes dans les actes de maintenance ? [...]* » Anonyme, chirurgien-dentiste de Suisse.
- ▶ « *Ils seraient utiles mais uniquement si nos assistantes actuelles peuvent s'y former aussi. Actuellement on tend vers une formation qui serait interdite à nos assistantes ce qui serait une aberration* » Dr Tran Dinh Hoan, chirurgien-dentiste à Nice.
- ▶ « *Quel niveau d'étude ? Passe par les études d'odontologie ? Autre diplôme ? Quelle formation ? La précision de ce point fait varier les réponses. Un hygiéniste avec une formation odontologie pourrait être plus libre dans sa pratique.* » Anonyme, étudiant en chirurgie-dentaire.

☞ Les aveux et les craintes des dentistes

- La peur du changement et de la dérégulation : « une porte ouverte à toutes les dérives »
 - ▶ « *S'il y a création, il y aura dérive vers de plus en plus d'autonomie de ce métier* » Anonyme, chirurgien-dentiste du Gard.
 - ▶ « *Indispensable pour l'avenir de notre profession, mais ils/elles doivent être nos salarié(s).* » Anonyme, chirurgien-dentiste des Bouches-du-Rhône.
 - ▶ « *La législation doit être bien ficelée afin d'éviter aux hygiénistes de pouvoir pratiquer en libéral dans des structures indépendantes des chirurgiens-dentistes et par rapport à « l'accès partiel »* » Anonyme, chirurgien-dentiste d'Eure-et-Loire.
- La prévention considérée comme une chasse gardée des dentistes
 - ▶ « *Tous les jours je fais le boulot d'hygiéniste, s'il manque de dentistes ouvrons les vannes du concours et ne faisons pas de sous dentistes, un beau cadeau pour les centres low cost* » Anonyme, chirurgien-dentiste de Haute-Garonne
 - ▶ « *Je suis très attaché à ma capacité professionnelle pleine et entière. Le vrai problème est toujours la juste rémunération des actes de prévention et d'odontologie conservatrice. Pour faire de la motivation à l'hygiène depuis 25 ans, les patients réceptifs sont souvent ceux qui ont déjà une hygiène satisfaisante. Les autres considèrent le détartrage comme un acte normal à réaliser tous les 6 mois surtout à ce tarif-là. Ils estiment faire ce qu'il faut pour*

leurs dents. On a surtout un problème de paradigme à changer. » Dr. H. Richard, chirurgien-dentiste à Remiremont (Vosges)

➤ La confiance interdisciplinaire à l'épreuve de la hiérarchie des capacités

▸ « *L'objectif de la création de ce métier est de maintenir à un niveau indécent les actes de prévention. En déléguant à un "sous-dentiste". On prend le problème par le mauvais bout : il vaudrait mieux revaloriser ces actes "nobles" que sont les conseils, la prévention. Mon rêve serait d'arriver à un exercice où ne m'arriveraient plus que des patients bons à "briffer" et non plus à soigner, et d'en être dignement rémunéré.* » Anonyme, chirurgien-dentiste de Meurthe-et-Moselle.

➤ Déléguer plus de tâches aux assistant(e)s impliquerait de ne pas avoir besoin d'hygiéniste dentaire

▸ « *J'ai mis contre la création d'hygiéniste car je suis pour une délégation aux assistantes dentaires sans créer une nouvelle profession.* » Anonyme, chirurgien-dentiste de Vendée

▸ « *Pour moi, toutes les assistantes devraient être hygiénistes dans leur formation initiale, mais pas de travail invasif en bouche.* » Lise, chirurgienne-dentiste du Puy-De-Dôme.

▸ « *Commençons par utiliser toute la capacité professionnelle des assistantes et à l'étendre si nécessaire.* » Anonyme, chirurgien-dentiste de l'Aisne.

☞ Les aveux et craintes des patients

➤ Le suivi en alternance par deux professionnels plutôt qu'un seul

« *Je n'en avais jamais entendu parler. Je suis sceptique car l'intérêt pour le patient est d'être suivi toujours par le même praticien même pour les choses bénignes, il connaît ainsi tout l'historique de son patient. Pour ma part je ne consulterais pas d'hygiéniste. En revanche si cela peut permettre d'offrir un suivi des gens dans les déserts médicaux, là où malheureusement il n'y a pas de dentiste, alors pourquoi pas.* » Anonyme, éditrice.

3.3 Analyse des réponses des autres sondés

3.3.1 Comparaison entre les populations à questions communes

☞ Malheureusement, les effectifs des quatre échantillons de population suivants sont statistiquement non-représentatifs.

- Il y a une trop grande majorité de femmes dans trois des échantillons.
- Les effectifs de deux des échantillons sont inférieurs à 30.
- Les patients étrangers se sont heurtés à la barrière de la langue (comme nous l'expliquons plus loin, la version anglophone du sondage, comportant des questions spécifiques aux échantillons d'étrangers n'est pas terminée).
- Et enfin, il y a eu presque 15% de réponses vides à certaines questions posées aux patients français : cela crée un biais de sélection vis-à-vis des questions sur l'hygiène interdentaire (1 patient français sur 10 ne sait pas ce qu'est le fil dentaire et 1 patient français sur 4 ne sait pas ce que sont les brossettes interdentaires).

☞ Nous avons fait le choix de comparer les résultats malgré tout (voir la conclusion sur la représentativité). Dans ce tableau, nous avons confronté les résultats des questions suivantes :

- À quel niveau d'importance (sur une échelle de 0 à 10), placez-vous l'hygiène bucco-dentaire dans la santé globale ?
- « Selon vous, quelles peuvent être les conséquences (directes ou indirectes) d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire ?
- Quels types de soin donnez-vous à votre bouche ? (QCM de la fréquence)

Tableau 41 : Synthèse comparative des réponses relatives aux connaissances et à la pratique de l'hygiène bucco-dentaire

[Source : notre sondage]

Population	Effectif	Niveau d'importance de l'hygiène bucco-dentaire	Moyenne des connaissances des risques	Brosse à dent		Fil dentaire		Brossette	
				TLJ	Jms	TLJ	Jms	TLJ	Jms
Patients étrangers	10	9	38,1%	100,0%	0,0%	40,0%	20,0%	40,0%	20,0%
Patients français	184	8,5	38,3%	81,5%	0,5%	8,7%	56,7%	9,2%	58,5%
Professionnels de santé	33	9,6	54,7%	87,9%	0,0%	6,1%	48,5%	9,1%	63,6%
Infirmier(ère)s	29	8,8	58,0%	100,0%	0,0%	13,8%	69,0%	10,3%	69,0%

TLJ = Pourcentage de réponses cochées à "Tous Les Jours"
 Jms = Pourcentage de réponses cochées à "Jamais"

- Connaissances des risques liés à une mauvaise hygiène bucco-dentaire

- ☞ Les grands gagnants sont les infirmier(ère)s, avec 58% de réponses cochées : cette moyenne est 51% supérieure à celle des patients français, qui présentent une moyenne de 38,3% de réponses cochées.
- ☞ Les professionnels de santé affichent une moyenne relativement bonne de 54,7% mais qui reste inférieure à celle des infirmier(ère)s.

- Pratique des gestes d'hygiène bucco-dentaire

- ☞ Les experts de l'hygiène bucco-dentaire sont les patients étrangers, avec des moyennes très nettement supérieures à celles des français.
 - Cependant, parmi les échantillons de français, ce sont encore les infirmier(ère)s qui présentent les meilleurs résultats sur les gestes d'hygiène réalisés quotidiennement.
 - Cependant, elles présentent aussi la moyenne la plus importante pour ces mêmes gestes « jamais » effectués.
- ☞ Enfin, les professionnels de santé donnent la plus grande importance à l'hygiène bucco-dentaire parmi la santé générale, mais affichent les moins bons résultats sur l'hygiène interdentaire de « tous les jours ».

- Sources des connaissances des patients et hygiène interdentaire

- ☞ Sources de ces connaissances et aspect qualitatif de l'apprentissage

- Les spots télévisés et les affichages publics ne sont apparemment pas très efficaces.
- Les deux sources principales d'enseignement de la prévention bucco-dentaire et des gestes d'hygiène sont **Votre dentiste** (162 occurrences, soit 81 %) et **Vos parents** (121 occurrences, soit 60,5 %)

- ✎ Néanmoins, l'enseignement de l'hygiène bucco-dentaire semble manquer d'efficacité
 - En cohérence avec ces précédents résultats, **deux tiers** des 217 répondants attestent qu'un professionnel de santé bucco-dentaire leur a déjà « *expliqué comment, spécifiquement, nettoyer [leurs] dents de façon optimale, par exemple en corrigeant [leurs] gestes devant un miroir* »
 - Or, parmi ces **142** patients ayant répondu « **oui** », **43,7 %** ne se sentent à l'aise ni avec le fil dentaire ni avec les brossettes !

Tableau 42 : Utilisation et connaissance des instruments d'hygiène dentaire (fil et brossettes) des patients français ayant déclaré avoir reçu un enseignement à l'hygiène

[Source : notre sondage]

Population générale française (P + S)					
100%					
Déclarent avoir reçu un enseignement à l'hygiène bucco-dentaire de la part d'un chirurgien-dentiste : 142					N'ont jamais reçu d'enseignement à l'hygiène bucco-dentaire : 75
65,4%					34,6%
Se sentent à l'aise avec au moins un des deux instruments parmi brossettes et fil dentaire			Ne se sentent à l'aise ni avec l'un ni avec l'autre		
56,3%			43,7%		
Brossettes uniquement	A l'aise avec les brossettes et le fil dentaire	Fil dentaire uniquement	Mais connaissent les deux	Et ne connaissent pas les brossettes interdentaires	Et ne connaissent ni l'un ni l'autre
33,7%	45,0%	21,3%	71,0%	12,9%	16,1%

- ✎ Une « performance » moitié moindre que les patients étrangers
 - En comparaison, parmi les **10 patients étrangers** ayant participé au sondage, **80%** ont reçu un enseignement à l'hygiène, et les **10 (100%)** se sentent à l'aise avec au moins un des deux instruments et **6 (60%)** se sentent à l'aise avec les deux instruments.
 - En définitif, sur la population générale (227 sondés, soit P + S + P étrangers), les résultats de notre sondage donnent :
 - **100 %** des patients étrangers contre **51 %** des patients français déclarent maîtriser une des méthodes d'hygiène interdentaire.
 - **60 %** des patients étrangers contre **22 %** des patients français se sentent à l'aise avec à la fois le fil dentaire et les brossettes interdentaires.

3.3.2 Analyse des réponses spécifiques à certaines populations

- Les assistantes dentaires : simple rappel des résultats bruts

- ↪ 100 % des assistantes dentaires interrogées pensent que *la prévention est à la base de tout le système de santé et qu'il n'y en aura jamais assez, et/ou que les patients devraient être plus informés sur la pratique concrète de la prévention.*
- ↪ La **totalité** de l'échantillon pense que le métier d'hygiéniste dentaire devrait exister en France mais plus de **la moitié** d'entre elles (12/22) le souhaite *uniquement si la formation est ouverte aux assistant(e)s dentaires.*
- ↪ 16 des 22 répondantes (**73 %**) *essayeraient de devenir hygiéniste dentaire si la pratique de cette profession était autorisée en France.*

- Les infirmier(ère)s

- ↪ Questions sur le niveau de vie des infirmier(ère)s

- Temps de travail : il varie entre les infirmier(ère)s libéral(e)s et les infirmier(ère)s salarié(e)s :

Tableau 43 : Synthèse comparative du temps de travail des infirmier(ère)s

[Source : notre sondage]

	Temps de travail en heures par semaine	Heures passées auprès des patients	Part du temps de travail passée auprès des patients	Nombre de semaines travaillées par an	Total en heures de travail par an
Activité libérale	45,6	34,1	75%	41,6	1897
Activité salariée	35,3	28,9	82%	40	1412

- Rémunération : elle varie significativement davantage entre libér(ales)aux et salarié(e)s, par rapport aux variations de temps de travail :

Tableau 44 : Synthèse comparative des revenus des infirmier(ère)s

[Source : notre sondage]

	Revenu minimum	Revenu maximum	Médiane des revenus
Activité libérale	2 400 €	3 400 €	3 000 €
Activité salariée	1 000 €	2 600 €	1 700 €

- Ces réponses nous servirons de base relative d'évaluation dans la [partie 3.2.3](#) du troisième chapitre.

🔗 Questions sur la spécialisation des infirmier(ère)s

- 6/29 infirmier(ère)s comptent se spécialiser et 4/29 sont en cours de spécialisation
- Sur une échelle de 1 à 5, avec 1 pour « J'aimerais que les infirmier(ère)s aient plus de choix dans leur débouchés » et 5 pour « Je suis très satisfait(e) des débouchés de notre formation », les statistiques des 28 réponses sont les suivantes :
 - *Minimum* = 1 (8/28)
 - *Maximum* = 5 (2/28)
 - *Médiane* = 3 : 8 réponses sont au niveau de la médiane ;
 - 8 réponses sont au-dessus de la médiane ;
 - et 12 réponses sont en dessous.
 - *Moyenne* = 2,6.
- 100 % des 29 infirmier(ère)s sondés pensent que le métier d'hygiéniste dentaire devrait exister en France, et de plus, à leur avis :
 - Proposer cette spécialisation aux infirmier(ère)s est une bonne idée (90%) ;
 - Les infirmier(ère)s ont les compétences idéales pour apprendre et exercer ce métier (62 %) ;
- Travailler dans un cabinet dentaire plairait à 41 % des 29 infirmier(ère)s et la description du métier d'hygiéniste dentaire pourrait en intéresser professionnellement 38 %.

- Les hygiénistes dentaires

🔗 100 % des hygiénistes dentaires sondées sont d'accord pour dire que les actes suivants pourraient leur être délégués :

- Questionnaire médical
- Examen clinique
- Initiation à l'hygiène
- Motivation à l'hygiène
- Nettoyage/polissage des dents
- Détartrage supra-gingival
- Détartrage sous-gingival (« potentiellement sanglant »)
- Application de vernis fluoré
- Pose de sealent « simple » (nettoyage microbrush)

🔗 La durée moyenne de leur rendez-vous est environ égale à 1 heure.

3.3.3 Regrets à la suite du dépouillement

- Représentativité des populations et interprétation des statistiques

☞ Malgré des retours très encourageants, nous aurions aimé une meilleure représentativité, avec une plus grande quantité de répondants, tant au niveau des chirurgiens-dentistes que des autres catégories.

☞ D'autre part, nous avons espéré dégager des conclusions statistiques plus manifestes sur certains sujets, et ces « petits échecs » proviennent certainement d'un manque de précision dans les questions posées, dû à notre choix initial d'éviter d'alourdir la lecture du sondage.

- Questions qui auraient pu figurer dans le sondage

☞ Questions plus adaptées et plus précises aux hygiénistes dentaires

- Nous ne nous attendions pas à en voir plus d'une ou deux répondre à l'appel, mais il y en a eu quinze : nous regrettons de ne pas avoir pris la peine de leur poser des questions spécifiques sur leur pratique et leur formation.
- Les hygiénistes elles-mêmes se sont étonnées de la singularité des questions qu'on leur posait :
 - En particulier, la question sur leurs domaines d'activité. Question que nous avons simplement copiée sur celle posée aux chirurgiens-dentistes : elles ont donc répondu en tenant compte des domaines d'activité d'hygiène (exemple : de l'item « implantologie », elles ont répondu comme si le sondage leur demandait si elles pratiquaient dans le domaine de l'hygiène péri-implantaire).
 - D'autre part, l'actualité internationale autour des hygiénistes dentaires reposant sur l'homogénéisation de la durée et du contenu de leur formation, elles s'attendaient à quelques questions sur ce sujet.
- Mais malheureusement, nous avons étudié le détail de la littérature internationale après l'écriture et la publication du sondage, ce qui a certainement entraîné aussi des erreurs et des oublis sur les considérations qui peuvent, et devraient, être portées pour le métier d'hygiéniste dentaire.

❧ Questions aux étudiants en chirurgie dentaire sur une passerelle de leurs études vers une formation d'hygiéniste dentaire.

- Depuis l'entrée des assistantes dentaire dans le CSP, les étudiants en chirurgie dentaire obtiennent officiellement la qualité d'assistant dentaire (sans diplôme spécifique) à partir de la « validation du premier cycle des études odontologiques » [75].
- Ne pourraient-ils pas obtenir une équivalence similaire en 5^e année ? La profession d'hygiéniste dentaire ne pourrait-elle pas être une alternative à la suite d'un échec du CSCT ? Les étudiants apprécieraient-ils d'avoir cette opportunité ? Ne risquerait-elle pas de faire figurer l'hygiéniste dentaire au rang de « dentiste raté » ?

❧ Questions aux chirurgiens-dentistes sur le type de formation des hygiénistes dentaires

- Questionnement qui pouvait paraître celui d'un avenir lointain à l'époque où le seul qui s'imposait était celui de l'opinion « pour ou contre les hygiénistes dentaires », le type de formation souhaité est en réalité un sujet que nous regrettons de ne pas avoir abordé dans le sondage.
- De même, un numerus clausus devrait-il être appliqué ? Dans quelles mesures ? Une sélection par la PACES est-elle pertinente ? À quelles professions faudrait-il ouvrir des passerelles ? Selon les chirurgiens-dentistes, combien d'années de formation nécessiterait un cursus complet d'hygiéniste dentaire ?

Chapitre III :

CONFRONTATION DES RÉPONSES DU SONDAGE AU CONTEXTE MÉDICO- ÉCONOMIQUE FRANÇAIS

Après avoir présenté le métier d'hygiéniste dentaire et exploré l'opinion des français chez près de 650 sondés, nous allons maintenant tenter de comprendre à quel niveau la France pourrait bénéficier d'un tel changement dans l'organisation des soins bucco-dentaires.

En effet, nous avons pu appréhender tout ce que les hygiénistes dentaires apportent aux sociétés dans lesquelles elles exercent. Or, en France des actions similaires existent, mais sont sous la responsabilité d'exercice des chirurgiens-dentistes. Seule une minorité parmi eux ont la conviction que la prévention doit rester partie intégrante de leur monopole sur les soins bucco-dentaires. Dans certains cas, ils ont sans doute raison ; dans de nombreux autres, leurs suggestions démontrent, à notre avis, une méconnaissance de la réalité. Voici ce qu'il faudrait se demander : s'efforcer de maintenir la sécurité du métier de chirurgien-dentiste par le monopole en s'abstenant d'offrir aux patients les bénéfices des exemples de nos pays voisins est-il véritablement bénéfique à leur santé, ou bien, ce faisant, négligerions-nous notre devoir envers eux ? De plus, nous allons voir que ce monopole a un prix.

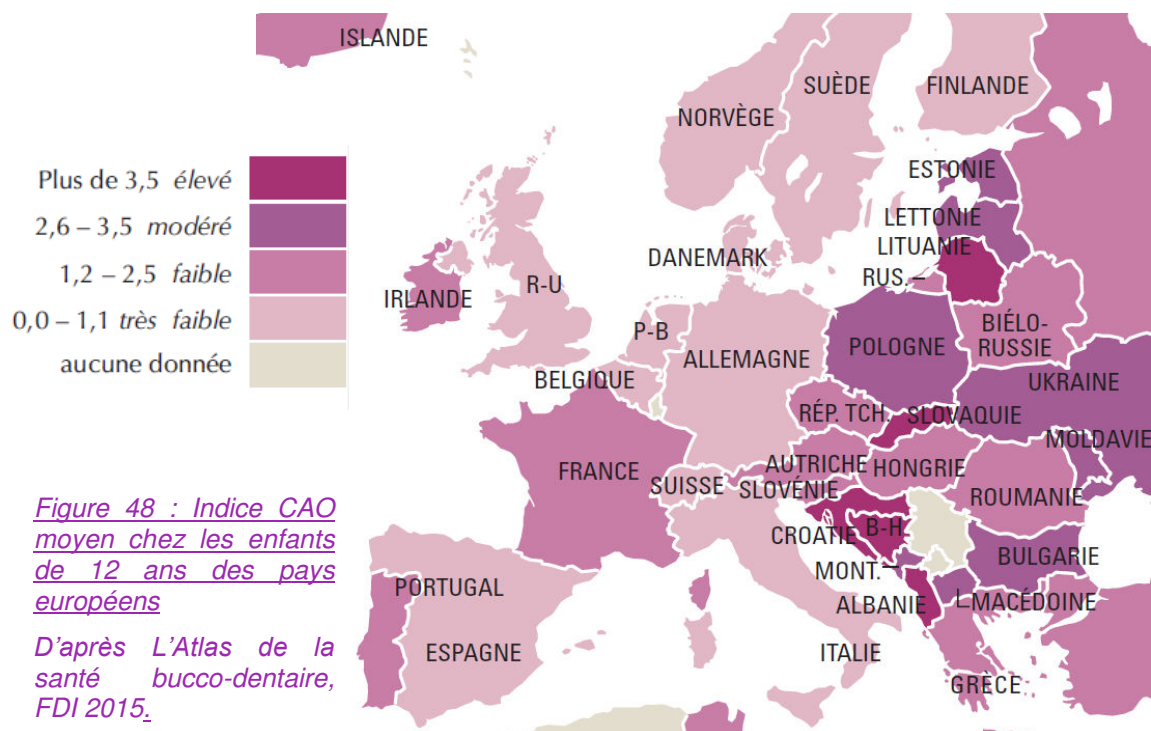
De nombreux auteurs se sont penchés sur la question, et nous nous sommes concentrés sur un rapport très bien mené et complet des lacunes de l'organisation des soins bucco-dentaires, proposé par la jeune association « Agir pour la Santé Dentaire » (ASD), fondée en Novembre 2017, et dont le document « La santé bucco-dentaire, un enjeu de santé publique », est présenté en Annexe 5 de cette thèse.

1. La prévention bucco-dentaire chez les Français

1.1 Place de la France dans l'Europe

1.1.1 Français : les mauvais élèves de l'Europe ?

- Incidence des pathologies de la dent et du parodonte en France



- ✎ Un manque de surveillance régulière du statut dentaire des français interdit l'exploration de données récentes et fiables.
 - La dernière étude nationale date de 2006, et portait sur la population des enfants de 12 ans : l'indice CAO, mesurant le nombre de dents cariées, absentes ou obturées, était de 1,23 avec 56% des enfants sans carie.
 - La France est donc considérée comme étant dans une situation moyenne parmi les pays européens, avec des résultats intermédiaires entre les pays du Nord (CAO < 1) et les pays de l'Est (CAO > 3) [Annexe 5].
- ✎ En parallèle, une étude régionale de 2006 portant sur une population d'enfants de 4 ans scolarisés en Lorraine a pu estimer que la prévalence de la carie dentaire était de 37,5% pour sa forme simple et de 11,6% pour sa forme sévère [21].

- Les lacunes du système de prévention français

☞ De la synthèse de différentes études comparatives des systèmes de santé dentaire, il apparaît que la France occupe une situation singulière en Europe, caractérisée par :

- Une faible dépense en soins dentaires par habitant et par an, comparée aux pays de même niveau économique [Annexe 5, p. 15] ;
- Un reste à charge parmi les 4 plus faibles au monde [Annexe 5, p. 16] ;
- Des indicateurs de santé bucco-dentaire se situant en-dessous des pays de l'UE de même niveau [Annexe 5, p. 17] ;
- Un recours aux soins très faible par rapport aux pays comparables [61] ;
- Une consultation trop souvent motivée par l'urgence [Annexe 5, p. 19] ;
- Un système de prévention très limité et dont l'efficacité est discutable [Annexe 5] ;
- Les tarifs de soins conservateurs les plus faibles en Europe [Annexe 5, p. 10-12] ;
- Le taux d'assistant dentaire par dentiste le plus faible d'Europe, sans la possibilité de déléguer des tâches cliniques [Annexe 5, p. 19].

☞ Prévention individuelle : le programme M'T dents

- Comme nous l'avons vu dans le [chapitre 1, partie 3.2.1](#), la prévention de la carie chez les enfants est à la base de la réussite d'un système de santé bucco-dentaire.
 - En France, la prévention bucco-dentaire individuelle se concentre sur le programme M'T dents pour les 6-18 ans et les femmes enceintes. Il consiste en une visite de dépistage prise en charge à 100 % par la sécurité sociale et sans avance de frais par le patient.
 - Malheureusement, le taux de participation n'est que de 35%, et il est par ailleurs décevant de voir que cette facilitation de l'accès à la prévention est moins exploitée par les populations socioéconomiquement défavorisées, qui en auraient le plus besoin, que celles à revenus élevés.
- Cependant, le concept même du programme est mal défini :
 - De prime abord, « commencer cette action de prévention à 6 ans est inadapté, car c'est dès les premiers moments de la vie que les consultations dentaires sont essentielles afin de mettre en place des conseils de prévention en matière d'alimentation et de brossage des dents » [Annexe 5, p. 9].
 - D'autre part, ces visites de dépistage sont proposées tous les 3 ans, ce qui a tendance à instaurer ce rythme comme étant la norme, contrairement à ce que nous savons des données acquises de la science.

« La prévention collective est quasi inexistante. » (Annexe 5, p. 9)

- Le programme M'T dents prévoit une phase de sensibilisation dans les classes de CP, mais sans dépistage systématique.
 - « En 2013, 250 000 enfants ont pu en bénéficier. En 2014 les budgets alloués ont été réduits et seuls 20 000 enfants situés en zone d'éducation prioritaire bénéficient de cette mesure. »
 - D'autre part, « aucune action de dépistage à l'échelon national n'est réalisée en milieu scolaire. » [Annexe 5, p. 9].
- Système de soins bucco-dentaires des armées françaises [27].
 - D'un point de vue collectif, des recommandations simples en matière de prévention bucco-dentaire furent mises en place dans les populations de militaires, car l'objectif du Service de Santé des Armées était de « disposer, en opération, de militaires capables d'effectuer leurs missions sans perte de temps ni d'efficacité attribuable à une cause dentaire. »
 - L'étude HALBUMIL (Hygiène ALimentaire et BUcco-dentaire des MILitaires) a eu pour but d'objectiver le respect de ces recommandations par les militaires grâce à l'analyse d'un questionnaire qui fut distribué à 2 431 militaires. Les résultats montrent que les recommandations sont respectées :
 - par 7,2 % des militaires pour l'hygiène alimentaire ;
 - par 13,8 % des militaires pour l'hygiène bucco-dentaire de base ;
 - par 71,5 % des militaires pour le suivi dentaire.
 - Aucun militaire (0 %) ne respecte l'intégralité des recommandations [27].

« 40 ans de retard... Il était temps... La CNSD a constitué un frein énorme quant à l'évolution que notre exercice aurait pu connaître. Voir pays voisins, comme l'Allemagne ou la Suisse, mais aussi le Danemark, les Pays Bas, les pays scandinaves et j'en passe. Bref, on est largués qualitativement. Alors que nous avons des domaines d'excellence à approfondir, nous nous bornons à vouloir nous cantonner dans les soins basiques et négliger la prévention et la prophylaxie. » Anonyme, chirurgien-dentiste du Bas-Rhin

« [Les actions des hygiénistes dentaires seraient vraiment] utiles surtout auprès des malades mentaux et drogués. » Anonyme, infirmière.

- Le concept d'éducation thérapeutique est méconnu en France

☞ Définition de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) par l'OMS

- L'éducation thérapeutique du patient (ETP) « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.
- » Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.
- » Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie » [84].

☞ Éducation thérapeutique en odontologie pédiatrique : analyse des obstacles et leviers au développement de programmes en France en 2016 [40].

- Cet article a pu mettre en évidence que « la formation d'ETP en odontologie est trop peu développée alors que les bénéfices attendus sont multiples [...] »
 - « Les freins au développement de programmes apparaissent nombreux : manque de moyens, rigidité législative » ou encore « le manque de connaissance et de compréhension en éducation thérapeutique du patient au sein de la profession des chirurgiens-dentistes. Si l'ETP tend à se développer en France, beaucoup de praticiens confondent les différentes stratégies de prévention. Ils assimilent souvent l'ETP à l'éducation pour la santé et la réduisent ainsi à des actions hétérogènes non organisées et individuelles. »
 - L'étude aborde aussi un manque de moyens humains, financiers et techniques parmi ceux qui pourraient mettre en place l'ETP : « Il est difficile chez des praticiens surchargés par les soins courants, de dégager du temps pour des actions de prévention ».
- Des leviers émergent de l'étude, principalement au niveau de l'évolution de l'enseignement de la pratique en chirurgie dentaire et la mise à disposition de ressources humaines pour développer l'ETP.

- « Les personnes interrogées ont mis l'accent sur l'absence de professions intermédiaires en odontologie en France, comme les hygiénistes dentaires, présentes dans de nombreux pays où elles jouent un rôle important dans l'éducation du patient.
- » La présence d'hygiénistes dentaires permettrait la délégation de tâche notamment en ce qui concerne la prévention (prophylaxie, éducation du patient...). Même si parmi les répondants, cet aspect n'est pas évoqué, ce transfert de compétences permettrait de soulager, en partie, les problèmes liés à la démographie professionnelle. » [40].

1.1.2 Organisation des soins bucco-dentaires en Europe

- Une étude récente de la DREES : Allemagne, Suède et Pays-Bas

☞ Cette étude a abouti en Février 2018 sur un document de travail de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) dont le but est de « décrire les caractéristiques des systèmes de prise en charge des soins bucco-dentaires et leurs effets sur l'organisation et les modèles économiques de cabinets dentaires » [61].

- Malgré des systèmes de prise en charge des soins bucco-dentaires très variables entre l'Allemagne, la Suède et les Pays-Bas, le recours aux soins dans l'année chez les adultes est supérieur à 70 % dans les trois pays, contre 43 % en France.
- Pour répondre à cette importante demande, « l'exercice des soins dentaires évolue progressivement dans les trois pays vers un exercice pluriprofessionnel et salarié : les dentistes libéraux délèguent la réalisation des soins de base à des assistants dentaires spécialisés ou des hygiénistes qualifiés, dans le but de se concentrer sur les soins plus complexes et sur la gestion de leur cabinet. » [61]

Tableau 45 : Comparaison d'indicateurs de santé de quatre pays européens

[D'après Carlac, 2018]

	Indice CAO à 12 ans	Proportion de zéro CAO à 12 ans	Part des édentés à 65 ans et plus	Volume des soins conservateurs
Allemagne	0,5	70%	23%	75%
Suède	0,7	65%	6%	94%
Pays-Bas	0,6	73%	40%	70%
France	1,2	56%	16%	42%

☞ Quelques chiffres comparables : cf. tableau 45

- Indice CAO des enfants de l'âge de 12 ans
 - L'indice CAO français est globalement deux fois supérieur à ceux de nos trois voisins de l'union européenne.
 - Parmi les quatre pays comparés, la proportion d'enfants de 12 ans exempts de dent cariée, absente ou obturée est la plus basse en France.
- Pourcentage d'édentés parmi les personnes de 65 ans et plus : la France est plutôt bien placée dans ce comparatif :
 - Avec 16 % d'édentés parmi nos aînés, la France est en dessous de la moyenne de ces quatre pays (21,25 %).
 - Il est surprenant de lire que les néerlandais de plus de 65 ans sont 40 % à être édentés, mais les indices CAO par tranche de population montre une claire amélioration de la santé bucco-dentaire de néerlandais de 2007 à 2011 : nous pouvons supposer que le perfectionnement de la prévention dans ce pays est arrivé relativement récemment.
- Volume des soins conservateurs
 - Alors qu'en France elle se limite à 42 %, la part des soins conservateurs en nombre d'actes parmi les trois autres pays est supérieure à 70 %, allant même jusqu'à 94 % en Suède.
 - Dans leur synthèse, les auteurs expliquent que « cette volumétrie importante résulte notamment d'une politique de prévention incitative et de promotion de la santé bucco-dentaire pour l'ensemble de la population. » [61].

- État de la santé bucco-dentaire en Allemagne et au Danemark

☞ « L'évolution de la santé dentaire des Allemands est intéressante à noter. Partant d'une situation plus défavorable que celle de la France en 1989, avec un indice CAO chez les enfants de 12 ans de 4,9 contre 4,2 en France à la même époque, cet indice atteint la valeur de 0,5 en 2014, soit l'une des meilleures au monde. » [Annexe 5, p. 17].

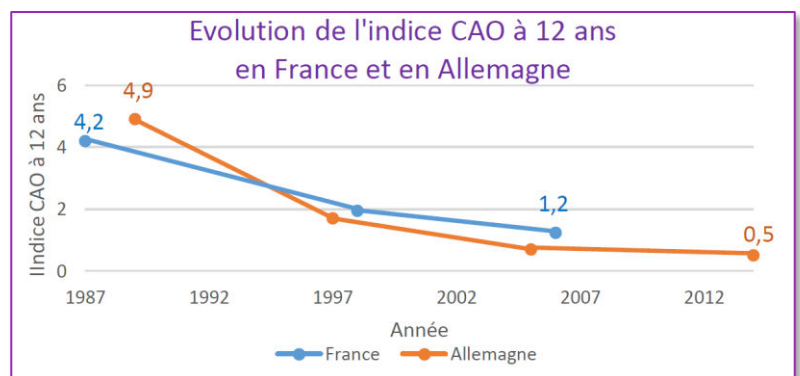


Figure 49 : évolution différentielle de l'indice CAO entre l'Allemagne et la France, de 1989 à 2006

[Source : Annexe 5, p.17]

« Le Danemark a pris aussi le virage de la prévention et a tiré plus rapidement les bénéfices économiques de ce changement de paradigme, grâce à une démographie et un niveau de vie plus favorables. Il est à présent le leader mondial de la santé dentaire et le pays qui dépense le moins pour ces soins : 0,33% du PIB. Au Danemark, les besoins en soins curatifs ont tellement chuté qu'on dénombre 2 assistants dentaires spécialisés en prévention pour un dentiste. » [Annexe 5, p. 17].

- Participation d'étrangers à notre sondage

« Bonjour, actuellement interne en chirurgie orale en Allemagne, je constate simplement que le niveau d'hygiène générale des allemands est bien supérieur à celui des français !

Ma formation actuelle m'oriente vers les greffes osseuses autologues et l'implantologie ; ce que je constate c'est que chaque implantologue en Allemagne oriente son patient vers l'hygiéniste pour apprentissage de l'hygiène (on ne nettoie pas un implant comme on nettoie une dent !) : motivation à l'hygiène à chaque séance (car rien n'est acquis dans la vie) et surtout sondage parodontal révélateur de plaque et détartrage !

Chaque fin de séance un dentiste refait un bilan pour vérifier que tout est en règle, c'est bien nous qui portons la responsabilité des séances de soins.

Comment peut-on garantir à un patient qu'un implant durera 20 ans sans que ce patient ne soit pris en charge sur le plan de l'hygiène ?

Les hygiénistes sont indispensables dans les domaines de la parodontologie et de l'implantologie, mais encore une fois la France fait le choix du curatif sur le préventif ! C'est bien dommage. » Dr Valentin Loriod, chirurgien-dentiste français exerçant en Allemagne.

« Idiot de ne pas en avoir cela dégagé du temps pour des actes à meilleure valeur ajoutée » Anonyme, chirurgien-dentiste du Luxembourg.

« La France est en retard sur ce sujet comme sur à peu près tous les sujets touchant au dentaire » Anonyme, chirurgien-dentiste de Suisse.

« *En Angleterre il y a un hygiéniste dans chaque cabinet dentaire. En moyenne les patients y vont une fois par an.* » Anonyme, restauratrice en Angleterre.

« *Aux Pays-Bas c'est très normal, j'y vais deux fois par an et je passe moins de temps chez le dentiste.* » Anonyme, technicienne : logiciel de réservation, néerlandaise.

« *Aux Pays-Bas le métier existe depuis longtemps et dans tous les cabinets dentaires, il y a une ou plusieurs hygiéniste(s). Je vais chez elle une fois tous les 3 mois. C'est mon dentiste qui me l'a conseillé.* » Anonyme, néerlandaise.

« *C'est vraiment dommage car aux Pays-Bas, ce métier existe depuis longtemps et cela évite beaucoup de problèmes (caries, etc.). J'ai un bridge et je vais chez mon hygiéniste dentaire tous les 3 mois. Elle m'a expliqué comment bien prendre soin de mes dents et grâce à elle, mes visites chez le dentiste font parties du passé.* » Anonyme, « *account manager* » néerlandais.

« *Il y a un grand besoin d'hygiénistes dentaires pour prodiguer des meilleurs soins de prévention et d'hygiène... J'ai des patients français, et leurs problèmes de gencive et de tartre abondant... c'est atroce.* » Anonyme, hygiéniste dentaire suisse.

« *Aux US on parle de « gain sur la durée de vie » grâce à l'hygiène interdentaire. C'est l'outil qui a été utilisé pour la faire passer dans le « way of life » des américains : hygiène d'un niveau supérieur, sains de corps et de dentition.* » Jeff, commercial français.

1.1.3 Législation européenne : ouverture des frontières

- La loi sur la libre circulation des professionnels

☞ Actuellement, les débats sur l'exercice partiel n'ont de cesse de paraître dans l'actualité

- Cette polémique est survenue à cause de l'obligation de transposer une directive européenne de 2013 relative à la libre circulation au sein de l'UE.
 - Dans ce contexte, le décret de l'ordonnance du 19 Janvier 2017 permettrait à des professionnels de santé européens titulaires d'un diplôme non-reconnu en France de venir y travailler.
 - Certains y voit un pas de plus vers une Europe unie, d'autres une mesure purement politique qui mènera à une dérégulation des professions de santé, et certains auteurs y voit un renforcement de la « crise de légitimité, non seulement du projet européen, mais aussi des institutions censées le mettre en œuvre. » [42].
- D'autres encore préfèrent rester hors du débat et opter pour la vision de l'acceptation fataliste : si c'est en place ou en voie de le devenir, autant réfléchir à s'y adapter plutôt que perdre son énergie à se battre contre un continent.

☞ Anticiper les potentiels risques de l'exercice partiel en légiférant le métier d'hygiéniste dentaire.

- Dans une optique d'acceptation de l'unification européenne, nous pourrions imaginer que, le cas de l'autorisation à l'exercice partiel des hygiénistes dentaires étant encore en suspens, il pourrait être judicieux de légiférer cette profession avant que n'arrivent en France des étrangers « mi-dentistes, mi-assistants » qui n'auraient vraiment leur place ni dans l'une ni dans l'autre « case ».
- Le plus grand danger de l'homogénéisation européenne étant la dérégulation, s'en protéger par une régulation allant dans le sens de l'UE n'est pas insensé : peut-être serait-il préférable de légiférer la profession d'hygiéniste dentaire selon les attentes des chirurgiens-dentistes français avant que le législateur européen ne tranche la question pour eux.
- De plus, nous rappelons que la France est un des seuls pays européens à n'avoir ni d'hygiéniste dentaire, ni d'assistant(e)s spécialisé(e)s en prévention.

- Aux yeux des pays étrangers, la France ne joue pas franc-jeu

☞ L'incompréhension des étrangers vis-à-vis de l'opposition de la France au métier d'hygiéniste dentaire.

- « Le manque d'harmonisation des réglementations du métier d'hygiéniste dentaire dans les États membres de l'UE peut :
 - » Exclure des professionnels qualifiés de l'offre de soin
 - » Permettre à des personnes non qualifiées de dispenser des soins dans certains États membres.
- » Des exemples de cette difficulté se produisent en France, où seul un dentiste est autorisé à fournir des soins de santé bucco-dentaire.
 - » Cette politique exclut les hygiénistes dentaires agréés de l'UE de la liberté d'exercer leur profession en France.
 - » Cette anomalie est quelque peu surprenante puisque, au Québec, les hygiénistes dentaires travaillent depuis de nombreuses années, ce qui suggère que l'opposition aux hygiénistes dentaires en France n'est pas due à des raisons culturelles. » [39].

☞ Le droit à la prévention bucco-dentaire ne devrait pas s'arrêter aux frontières.

[Traduction de l'anglais] « *Toute personne mérite un accès à des soins préventifs et thérapeutiques. Le pays dans lequel on vit ne devrait pas importer. Nous avons, tous, droit à la santé bucco-dentaire.* » Anonyme, hygiéniste dentaire canadienne.

« *Les hygiénistes dentaires sont une nécessité absolue en France afin d'améliorer la santé bucco-dentaire et la santé générale du public. C'est triste qu'un pays progressiste comme la France soit un des seuls pays dans le monde libre qui n'a pas d'hygiénistes dentaires !* » Anonyme, hygiéniste dentaire canadienne.

[Traduction de l'anglais] : « *La population française a besoin des services des hygiénistes dentaires, et le fait que les touristes français profitent de leur visite du Canada pour requérir des soins d'hygiène bucco-dentaire le démontre. Les soins parodontaux en France sont très minimalistes d'après ce que j'ai vu.* » Anonyme, hygiéniste dentaire canadienne.

« *Quand allons-nous devenir un pays moderne ?* » Anonyme, chirurgien-dentiste des Landes

« *Une profession très utile, indispensable à la pratique dentaire actuelle, qui existe dans tous les pays civilisés. La France n'en fait pas partie.* » Dr Pierric Gabriel-Charmant, chirurgien-dentiste de l'Ain.

« *Il faut s'inspirer de ce qui existe dans d'autres pays, évaluer les avantages et les inconvénients pour imaginer la profession d'hygiénistes en France.* » Anonyme, chirurgien-dentiste des Vosges.

« *Je pense que c'est une question de santé publique et que le besoin est immense, cela s'inscrirait parfaitement une politique de prévention en santé publique (s'il y avait une réelle volonté gouvernementale dans ce sens).* » Anonyme, étudiante en chirurgie dentaire.

- Proportion grandissante des dentistes formés à l'étranger.

☞ Avec la reconnaissance automatique du diplôme européen de chirurgien-dentiste, une proportion croissante des nouvelles inscriptions à l'ordre sont des diplômés étrangers.

➤ « 31% des chirurgiens-dentistes en activité inscrit à l'ONCD pour la première fois en 2015 ont obtenu leur diplôme à l'étranger, contre 5% en 1999. » [78].

➤ Par ailleurs, il est intéressant de noter que la provenance des chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger est très majoritairement définie par trois pays Européens (chiffres de 2015) [78] :

- Roumanie : 46%
 - Espagne : 22%
 - Portugal : 17%
- } Ces trois provenances représentent 85% du total

☞ Ce flux augmente depuis 2008, et répond certainement à la problématique de l'hétérogénéité de la démographie dentaire européenne (que nous développerons dans la [deuxième partie de ce chapitre](#), page 189), qui serait peut-être devenu, aux yeux des praticiens de certains pays étrangers, une opportunité à saisir dans une conjoncture de crise économique et de chômage.

1.2 Le métier d'hygiéniste dentaire pour remédier aux problèmes de la prévention bucco-dentaire en France

1.2.1 Les français veulent des hygiénistes dentaires !

- Rappel des résultats du sondage

☞ « Pensez-vous que le métier d'hygiéniste dentaire devrait exister en France ? »,

- Échantillon : Population française uniquement (total des « oui » et des « non » sur l'ensemble ayant répondu à la question, en incluant les « oui, mais... »)
- Population de « patients » (P) :
 - Oui : 173 (95 %)
 - Non : 9 (5 %)
- Population de professionnels de santé (hors dentaire) (S) :
 - Oui : 32 (97 %)
 - Non : 1 (3 %)
- Population des assistant(e)s dentaires (A) :
 - Oui : 22 (100 %)
 - Non : 0
- Population des infirmier(ère)s (I) :
 - Oui : 29 (100 %)
 - Non : 0

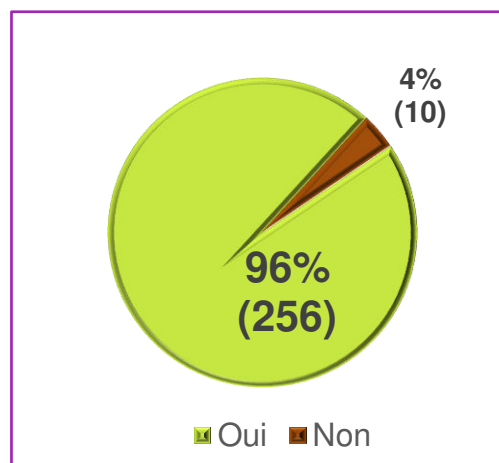


Figure 50 : Somme des réponses positives et négatives à la question « Pensez-vous que le métier d'hygiéniste dentaire devrait exister en France ? » parmi les populations (P), (S), (I) et (A)

[Source : notre sondage]

☞ « Si le métier d'hygiéniste dentaire était autorisé en France... » : pourcentages sur la population générale (PG = P + S)

<u>Tableau 46 : Ensemble des réponses aux questions 126 et 129 (PG)</u>	VRAI	FAUX	Ni vrai ni faux
Vous prendriez des rdv de contrôle plus fréquemment	47,0%	18,5%	31,3%
Vous auriez moins peur du cabinet dentaire	25,3%	40,1%	31,8%
Vous apprécieriez recevoir des conseils personnalisés sur l'hygiène bucco-dentaire	79,7%	5,5%	12,0%
Vous seriez davantage motivé à exécuter ces conseils	61,8%	8,3%	26,3%
Vous seriez satisfait pour les générations à venir	74,2%	6,0%	16,6%
Vous essayeriez de devenir hygiéniste dentaire	4,6%	62,7%	27,2%

- Suivi et motivation à la santé bucco-dentaire

☞ Données du sondage :

- Presque la moitié de la population générale (47 %) déclare qu'elle prendrait des rendez-vous de contrôle plus fréquemment si des hygiénistes dentaires exerçaient en France.
- La grande majorité (80 %) apprécieraient recevoir des conseils personnalisés sur l'hygiène bucco-dentaire, et 62 % se diraient davantage motivés à exécuter les conseils d'une hygiéniste dentaire.
- Enfin, un quart de notre échantillon (25 %) aurait moins peur du cabinet dentaire, ce qui implique qu'au moins une proportion équivalente craint de prendre rendez-vous chez le chirurgien-dentiste.

☞ Approche psychologique du patient vis-à-vis des conseils de l'hygiéniste [20 ; 34].

- Même dans le cas où le patient serait parfaitement au courant qu'il a, en bouche, de quoi craindre des soins invasifs, il saurait qu'un contrôle auprès d'une hygiéniste dentaire n'implique que de la prévention, et serait alors plus enclin à :
 - Prendre rendez-vous malgré une éventuelle « angoisse du cabinet dentaire » ;
 - Y aller, malgré une éventuelle envie de désister ;
 - Être plus relaxé, et donc plus à l'écoute des préconisations et des conseils d'hygiène qu'il reçoit au fauteuil, et plus à même de les mémoriser (il existe chez l'Homme des phénomènes d'amnésie partielle dans les moments où le taux d'adrénaline est élevé).
- Comme nous l'avons vu dans le chapitre I, les conseils de l'hygiéniste dentaire inspirent aussi confiance car ils sont dénués d'intérêt financier. En effet, si elle conseille au patient d'accepter un devis pour une détersion chirurgicale du parodonte, le patient n'a pas à questionner l'honnêteté de la motivation médicale, puisque l'hygiéniste dentaire n'a rien à y gagner pécuniairement.
- D'autre part, les conseils de l'hygiéniste dentaire peuvent aussi intervenir dans les domaines de réhabilitation prothétique et implantaire, et ainsi motiver le patient à adopter un plan de traitement pertinent, élaboré par le chirurgien-dentiste, voire à être plus enclin à investir non seulement de l'énergie, mais aussi un certain budget dans sa santé bucco-dentaire.

- Avantages aux yeux du patient

- Augmentation de la disponibilité et de l'accès aux soins ;
- Prise en charge effective de l'amélioration de son hygiène bucco-dentaire ;
- Amélioration de son autonomie dans la maîtrise des risques de pathologies bucco-dentaires ;
- Amélioration de la qualité globale de l'offre de soin par une prise en charge pluridisciplinaire ;
- Être face à un professionnel de santé doux, patient, et à l'écoute (voir chapitre I, partie 1.2.1) ;
- Économies financières à long terme ;
- Pour les parents, l'accès facilité à une aide précieuse dans l'enseignement de l'hygiène à leurs enfants ;
- Si besoin spontané ou suite à un dépistage, possibilité de recevoir des conseils individuels et personnalisés pour améliorer son hygiène générale de vie.

« *Comme dans toute profession médicale et paramédicale, une réelle compréhension de l'impact de la prévention et de la responsabilité personnelle par les patients me semble la condition sine qua non d'une réussite de traitement.* » Cécile Prunier, kinésithérapeute.

« *Avoir des hygiénistes en France est pour moi la clé d'une reconversion réussie vers la PRÉVENTION. Élément supplémentaire important : les patients renoncent plus aux contrôles par peur que par manque de moyens. Ils auraient moins « peur » d'aller voir l'hygiéniste, qui pourraient ensuite les rediriger vers nous si besoin.* » Dr Corgié, chirurgienne-dentiste d'Isère

« *Nous sommes très en retard dans ce domaine. C'est pourtant un métier qui permettrait d'enfin faire de la prévention et de la détection précoce de pathologies. Les patients iraient, je pense, plus volontiers que chez le dentiste. Et ce dernier pourrait se concentrer sur les pathologies plus importantes. Et diminuerait le temps d'attente pour avoir un rendez-vous.* » Anonyme, chirurgien-dentiste du Var.

1.2.2 Le recours aux soins de prophylaxie

- Hypothèse de la consultation attrayante et engageante

☞ Développement des concepts de bien-être : la mode de la prévention

- Nous pouvons lire de plus en plus d'articles sur des sujets tels que « bien manger », « prendre soin de son corps », comment faire du « sport coaché à distance » ... Aux États-Unis et au Canada, il existe même des applications de suivi de l'hygiène bucco-dentaire sur smartphone.
- Avec le développement des modes de communication, les patients ont de plus en plus, en quantité, d'informations sur la prévention, mais recherchent des informations adaptées à leurs besoins et de qualité, afin de se perfectionner dans la gestion de leur propre santé.
- Plus qu'une « mode », la prévention devient une tendance vers laquelle la population mondiale se dirige inéluctablement et avec engouement, car elle est synonyme d'allongement de la vie sans souffrance.
- L'organisation française des soins bucco-dentaires n'a donc pas d'autre choix que de s'y adapter, et le plus tôt sera le mieux.
- Or, les calculs du rapport de l'ASD indiquent que, dans les circonstances actuelles, « si l'objectif est de voir en consultation chaque année 70 à 75 % de la population ayant plus de 3 ans, cela nécessite la création de 6 000 à 7 000 postes à temps plein pour assurer le surplus de consultations, hors soins consécutifs. » [Annexe 5, page 27].
- De plus, l'image « inoffensive » de l'hygiéniste pourrait aider démocratiser les rendez-vous de contrôles annuels systématiques. En effet, le dentiste subit encore beaucoup le préjugé d'être instigateur de souffrances et de brutalités, en particulier chez les populations défavorisées.

☞ En outre, l'évaluation de l'importance de l'hygiène bucco-dentaire dans la santé globale est très haute d'après notre sondage de l'échantillon des patients français.

- Sur une échelle de 1 à 10, avec 1 pour « inutile » et 10 pour « importance primordiale », la moyenne de la population générale (P + S) est de **8,7** et la médiane à **9**.
- Plus de **80 %** de la population française interrogée a évalué l'hygiène bucco-dentaire à une importance entre **8/10** et **10/10**.

- La valeur attribuée de la santé bucco-dentaire et le budget accordé : deux mondes parallèles

☞ En France, la prise en charge des soins médicaux est un acquis social indiscutable.

- Une des multiples particularités du système de soins en France est le reste à charge : un des plus bas au monde. Base fondamentale du combat contre les inégalités socio-professionnelles d'accès aux soins, cette prise en charge est malheureusement parfois perçue comme une « gratuité » de la santé.
- Ces « habitudes de gratuité » induisent un mécontentement, chez certains patients, vis-à-vis des actes non remboursés par la sécurité sociale, voire une remise en question de leur utilité.

« *Il faut valoriser prévention et notions d'hygiène : quand ça ne vaut rien on peut répéter 1000 fois le même message pas entendu. Quand ça coûte on ne fait pas répéter !!* »

Anonyme, chirurgien-dentiste de Sarthe

☞ Le reste à charge fait peur aux français

- Nous avons vu que les patients et professionnels de santé sont très majoritairement favorables à la création du métier d'hygiéniste dentaire en France ; cependant, nous souhaitons rappeler que presque les deux tiers ont choisi d'y apposer la condition que nous leur avons proposée :

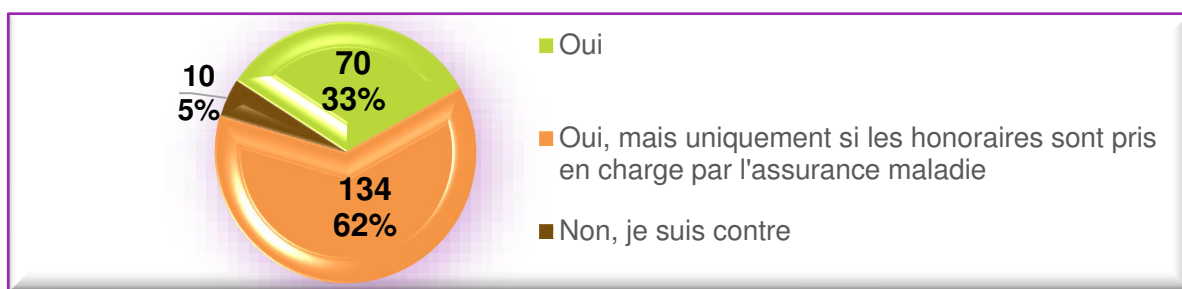


Figure 51 : Ensemble des réponses aux questions 125 et 128 (PG) [Source : notre sondage]

- Il faut donc constater que malgré la grande importance que donnent les français à la prévention bucco-dentaire, y accorder un « budget » serait pour beaucoup en dehors des mœurs.

« *Il va falloir bien changer les mentalités (= accepter de payer pour un soin) ou augmenter significativement les bases de prise en charge des actes pratiqués par l'hygiéniste. Autant dire qu'en France, ce n'est pas pour demain.* » Dr Pierric Gabriel-Charmant, chirurgien-dentiste de l'Ain.

☞ Une limite financière qui se transformerait en impasse ?

- Il est bien connu que la sécurité sociale française est un système déficitaire, et l'argument des économies qu'elle pourra faire dans 10 ans, grâce à la prévention, risque de ne pas intéresser les politiciens dont le mandat est de 5 ans.
- Cependant, la conjoncture politique étant à l'heure de la négociation entre les chirurgiens-dentistes et l'état, il nous est difficile d'attester de quelconques arguments financiers fiables dans le temps.
- Pour la suite du développement de notre sujet, quand des projections sur l'avenir seront opportunes, nous nous baserons donc d'une façon théorique et pessimiste sur la situation actuelle des tarifs des actes conventionnés.
- Nous verrons en partie 3.2.2 de ce chapitre que l'embauche d'une hygiéniste dentaire peut être rentable pour le chirurgien-dentiste, même dans ces conditions.

• Facteurs influençant l'augmentation du recours aux soins

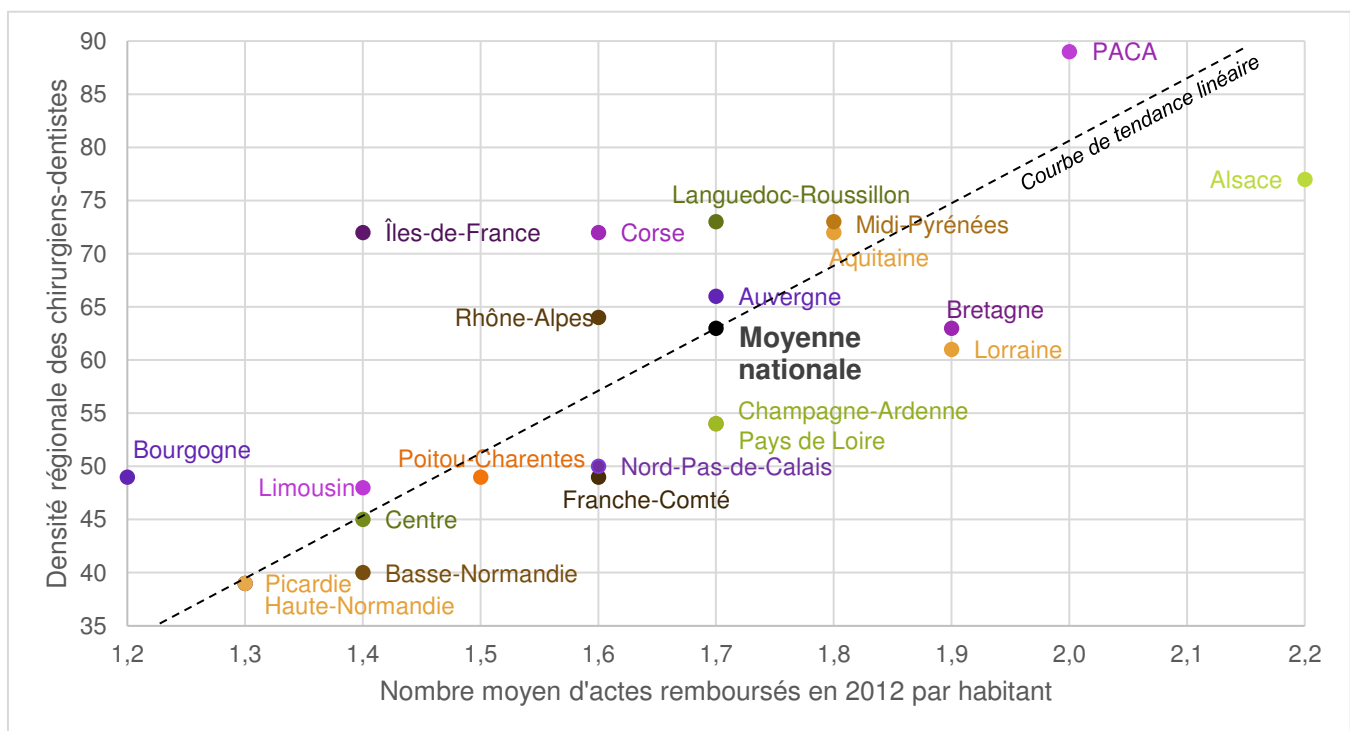


Figure 52 : Nombre moyen d'actes remboursés en 2012 par habitant et par région en fonction de la densité des chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants

[Source : document personnel, d'après ONDPS, 2013 [79]]

☞ L'augmentation de la disponibilité augmenterait le recours aux soins

- Elle augmenterait les opportunités de généraliser les visites de contrôle par des rappels automatiques comme cela se fait en Allemagne [61].

- De plus, cette présomption est basée sur le croisement de données de 2012 rassemblés par l'ONDPS en 2013 [79] : cf. figure 15.
 - Le nombre moyen d'actes recensés par l'Assurance maladie par habitant tend à croître linéairement avec la densité (le nombre d'actes est mesuré par la somme des consultations, des soins conservateurs, des actes de chirurgie dentaire, de radiologie, de prothèses, et d'orthopédie dentofaciale).
 - En d'autres termes, nous observons que plus grand est le nombre de dentistes par habitants, plus le recours aux soins est important.

☞ L'augmentation des connaissances de la population en prévention bucco-dentaire

- Globalement, comme nous l'avons vu, l'amélioration des attentes des populations en matière de maintien en bonne santé augmente avec le perfectionnement des acquis des sciences médicales.
- L'amélioration des enseignements d'hygiène bucco-dentaire augmenterait la conscience des français sur les bonnes conduites à tenir en matière de prévention, et augmenterait donc les visites de contrôle.
- En particulier, l'impact sur les enfants serait doublement bénéfique : en plus de l'amélioration de leur prise en charge au cabinet, leurs parents seraient mieux à même d'encadrer leur hygiène bucco-dentaire et leur habitudes alimentaires.

☞ En parallèle, l'évolution des concepts thérapeutiques et des principes conservateurs en odontologie augmente le besoin en prophylaxie dentaire :

- Les nouvelles générations de chirurgiens-dentistes axent davantage leurs choix thérapeutiques sur le bien-fondé des enseignements d'odontologie conservatrice, maximisant la préservation des tissus sains.
 - Le recours à l'avulsion dentaire est synonyme aujourd'hui « d'impossibilité thérapeutique », et diminue donc avec l'amélioration et la diversification des possibilités thérapeutiques. Cependant, il semblerait que le développement de l'implantologie nuance cette évolution.
 - Néanmoins, des soins de maintenance sont davantage nécessaires à la suite de la pose d'implants que de prothèses amovibles (en diminution), et encore plus, évidemment, que des édentations non-compensées.
- De plus, les avancées technologiques et l'augmentation des connaissances médicales permettent de mieux en mieux mettre en pratique ces principes conservateurs.

1.2.3 Les connaissances sur la prévention bucco-dentaire et les gestes d'hygiène

- Les risques d'un défaut d'hygiène bucco-dentaire sont méconnus

☞ Nous avons essayé d'imaginer toutes sortes de répercussions que les pathologies bucco-dentaires (découlant d'un défaut d'hygiène) pourraient avoir sur le quotidien.

- En effet, « tout problème bucco-dentaire peut entraîner un handicap touchant le bien-être social et devenir un facteur d'exclusion. » [60].
- Pour tester les connaissances de la population, nous en avons fait une liste d'items à cocher, décrivant des risques médicaux et des désagréments de la qualité de vie conséquents à un défaut d'hygiène, allant des risques vitaux à la diminution du pouvoir d'achat, ou encore à la perte d'une prothèse de hanche par infection, en passant par plusieurs domaines divers qui participent au bien-être d'un individu.

☞ Le questionnaire « quiz » : les items à cocher du sondage

- En rapport avec le caractère potentiellement surprenant de certaines des conséquences listées, nous cherchions à évaluer, chez les sondés sans lien avec la dentisterie, leur niveau de conscience vis-à-vis des risques liés à la santé bucco-dentaire : se reporter aux questions 94 (patients), 106 (professions de santé) et 116 (infirmier(ère)s).
- Les patients n'ont obtenu qu'une moyenne de **38,25%** de bonnes réponses sur les 16 items (tous) qui étaient à cocher.
 - Comparativement, l'échantillon de professionnels de santé a réussi à obtenir une moyenne de **54,7%** de bonnes réponses, c'est-à-dire en d'autres termes qu'en moyenne, à peine plus de la moitié des conséquences d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire ont été considérées comme « possibles » par les répondants.
 - Parmi nos populations de patients sondés, ce sont les infirmier(ère)s qui ont le mieux répondu avec **58,0%** de bonnes réponses.
- Malheureusement, nous n'avons pas proposé ce questionnaire aux chirurgiens-dentistes, assistant(e)s dentaires et hygiénistes, ce qui aurait éventuellement relativisé ou confirmé l'intelligibilité des items.

- Les principes d'hygiène bucco-dentaire sont méconnus

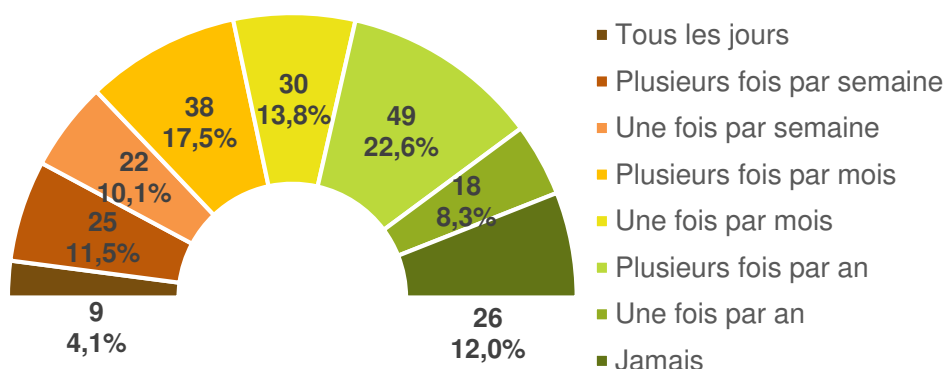
☞ Chiffres sur la maîtrise de l'usage du fil dentaire et des brossettes interdentaires

- Rappel sur les résultats du sondage :
 - Parmi la population générale, seuls **deux tiers** des 217 répondants attestent qu'un professionnel de santé bucco-dentaire leur a déjà « *expliqué comment, spécifiquement, nettoyer [leurs] dents de façon optimale, par exemple en corrigeant [leurs] gestes devant un miroir* » (cf. [Tableau 42](#), page 160).
 - Or, parmi ces **142** patients ayant répondu « **oui** », **43,7%** ne se sentent à l'aise ni avec le fil dentaire ni avec les brossettes.
 - Parmi l'ensemble ceux-ci, environ **29%** ont précisé qu'ils ne savaient pas ce qu'étaient le fil dentaire ou les brossettes interdentaires.
 - Par ailleurs, sur l'ensemble des patients sondés :
 - **100%** des patients étrangers contre **51%** des patients français déclarent maîtriser une des méthodes d'hygiène interdentaire.
 - **60%** des patients étrangers contre **22%** des patients français se sentent à l'aise avec à la fois le fil dentaire et les brossettes interdentaires.
- Ces chiffres nous permettent d'émettre deux hypothèses :
 - Les Français ont sérieusement besoin d'un meilleur accès aux enseignements de la prévention bucco-dentaire.
 - Beaucoup de Français *pensent* avoir reçu un enseignement à l'hygiène, mais celui-ci ne comportait pas l'ensemble des étapes qui permettent d'assurer la bonne acquisition de cet enseignement.

☞ Statistiques sur la consommation de boissons sucrées

- Les résultats sur la fréquence de consommation de boissons sucrées par la population générale (P+S) sont les suivants :

*Figure 53 : Fréquence de la consommation de boissons sucrées de (PG) selon les réponses aux questions 95 et 107
[Source : notre sondage]*



- Ces chiffres nous permettent d'émettre deux hypothèses antagonistes :
 - Les Français seraient statistiquement exemplaires en matière de consommation de boissons sucrées.
 - Ou bien, un certain nombre d'entre eux ne savent pas que beaucoup de boissons du quotidien contiennent du sucre ou interprètent mal la notion de « boisson sucrée » : lait, jus de fruit, sirop, café ou thé sucré, boissons alcoolisées, etc.
 - Sachant que, parmi (P), en additionnant les réponses dont la fréquence est supérieure à « une fois par mois », 41,5% déclarent consommer une boisson sucrée alors que 56,5% attestent boire de l'alcool : nous observons là une incohérence arithmétique...
 - Cette deuxième hypothèse semble alors, au moins en partie, recevable.
- Quelques commentaires de notre échantillon de patients français

« Je viens de découvrir cette profession et je pense qu'elle serait bénéfique pour notre hygiène bucco-dentaire. J'en parle en connaissance de cause : pas mal de soucis dentaires en ce moment... Très bon sondage qui m'a permis de me rendre compte que je n'avais pas forcément une bonne hygiène bucco-dentaire. » Anonyme, chauffeur routier.

« Je pense qu'il est temps de régler la question de l'ouverture de poste aux hygiénistes dentaires en France, car il existe nombreuses assistantes dévouées, passionnées, rigoureuses, consciencieuses qui ont un désir profond d'aller plus loin dans leur métier, de suivre des formations techniques de qualité pour apprendre la base de l'hygiène aux patients. Les chirurgiens-dentistes savent l'importance de l'hygiène mais n'ont pas le temps de se consacrer suffisamment à la formation des patients sur les gestes à faire car ils ont besoin de consacrer leur énergie et leurs savoirs aux soins conservateurs, à la prothèse, aux chirurgies qui demandent beaucoup de concentration et de sérieux. Le niveau technique est élevé, les tenants et aboutissants des soins sont graves, et cela mérite toute la disponibilité du praticien. Chacun s'y retrouvera, des praticiens pour une hygiène et une prévention globale, et des praticiens, véritables techniciens, médecins pour les nombreuses spécialités en soins dentaires : la clé de la cohérence et de l'efficacité. » Anonyme, commerçante.

« *Rôle important je pense. Et en cabinet, et en secteur scolaire.* » Anonyme, commerçante.

« *Bonne approche d'un métier méconnu et pouvant se révéler intéressant. Par contre pour quelle raison ce métier n'est pas reconnu en France ? Quels sont les motifs français de ne pas le développer ? Peut-il vraiment compléter le travail d'un chirurgien-dentiste et rester rentable sans occasionner de frais supplémentaires ?* » Anonyme, géomaticien.

« *Il faut mettre en place cette profession !* » Hervé, chef d'entreprise.

« *C'est une spécialité comme une autre... Comme une sage-femme vis-à-vis du gynécologue. Mais le problème tarifaire n'est pas abordé... Un équipement professionnel moins lourd qu'un dentiste devrait être ressenti sur les prix pratiqués* » Anonyme, serveuse.

« *Je ne comprends pas pourquoi cela n'est pas monnaie courante, cela permettrait une belle avancée dans l'éducation de l'hygiène. La prévention vaut mieux que la correction.* » Quentin Bilquez, Formateur monteur raccordeur FTTH.

« *Pour moi, il est trop tard, je n'ai plus de dent !* » Anonyme, retraité.

« *Je connais ce métier parce que je suis née en Grande Bretagne où il est courant, et déjà toute petite j'allais une fois par an chez l'hygiéniste pour le « nettoyage dentaire », puis je passais au dentiste pour le check-up. Une habitude que j'aimerais continuer ici en France, mais pour y faire je ne peux qu'aller chez mon dentiste une fois par an pour un « détartrage ».* » Anonyme, agricultrice.

« [Le sondage] *m'a permis de découvrir ce métier que je ne connaissais pas... et qui est apparemment à créer et à développer pour le bien de tous.* » Anonyme, sans emploi.

« *Métier pour moi totalement inconnu mais son approche pourrait sûrement permettre de dédramatiser l'image du dentiste qui « fait mal ».* Ce n'est franchement pas un réflexe que d'aller consulter un dentiste en mode prévention. » Julie Gazagnes, coach.

« *Si j'ai bien compris ce métier n'existe pas en France. Alors que les dentistes sont surchargés et n'ont guère de temps pour la prévention... L'hygiène dentaire est primordiale, et pas uniquement lorsqu'on est enfant mais aussi avec les patients âgés : complications lors des soins et de l'alimentation.* » Anonyme, aide-soignante.

« *Métier utile pour une meilleure pédagogie.* » Anonyme, retraité, fonction publique.

« [Ce sondage] *fait apparaître l'utilité du bon brossage des dents et son entretien.* » Anonyme, retraité de banque.

« *Une nécessité. Donne connaissance de cette profession qui serait bien utile en France.* » Anonyme, Conseillère en assurances.

« *Métier très peu connu mais pourtant nécessaire.* » Anonyme, manager métier.

« *Je ne comprends pas que cela n'existe pas en France comme existe le métier d'infirmière assistant les chirurgiens à l'hôpital !* » Anonyme, chef d'entreprise.

« *La prévention, indispensable, est le parent pauvre de la santé.* » Anonyme, assistante de direction.

2. Situation professionnelle des chirurgiens-dentistes

2.1 Démographie des chirurgiens-dentistes

2.1.1 Disparités régionales de la démographie

- Etat des lieux

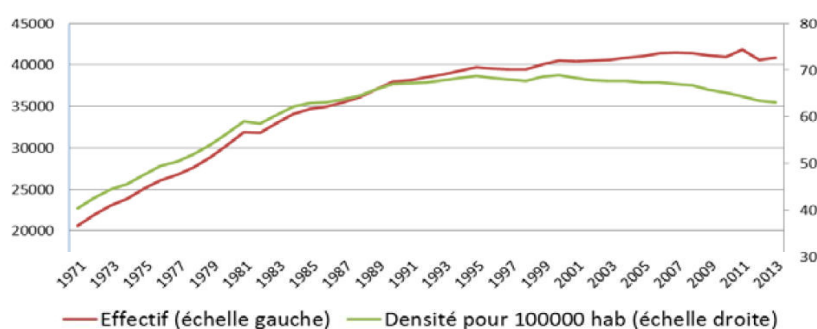


Figure 54 : Effectifs et densité de chirurgiens-dentistes de 1971 à 2013

[Source : Éco-santé, mise à jour mars 2013 : DREES, données ADELI jusqu'en 2010, rupture de série : RPPS à partir de 2011 : d'après ONDPS, 2013]

☞ Effectif et densité nationale

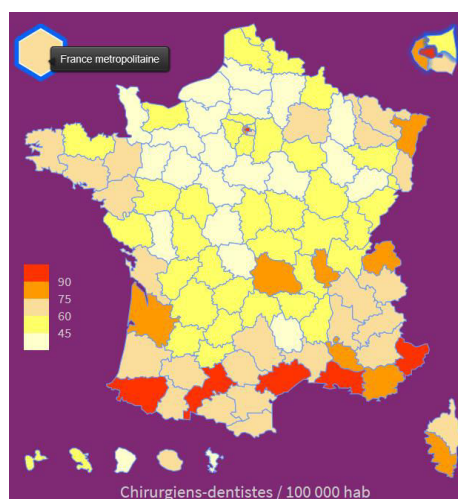
- Depuis 1970, l'effectif des chirurgiens-dentistes a doublé, passant d'environ 20 000 chirurgiens-dentistes à 41 600 en mai 2018 [source : site web de l'ordre des chirurgiens-dentistes].
- Cependant, cet effectif stagne depuis le début du 21^e siècle, et parmi les quatre professions médicales françaises (médecins, pharmaciens, sages-femmes et chirurgiens-dentistes), il est celui qui a connu le taux de croissance le plus faible.
- L'effectif de la population générale augmentant (actuellement à plus de 67 millions d'habitants), et celui des chirurgiens-dentistes stagnant, la densité de ces derniers diminue [79].

☞ Répartition des chirurgiens-dentistes très hétérogène en France

- La densité française des chirurgiens-dentistes est de 62,1 pour 100 000 habitants, mais varie entre 140 (Paris) et 33 (Somme) : cf. figure 55.
- Pour remédier à ce problème, le gouvernement a défini des Zones de Redynamisation (ZR) dans lesquelles existent des aides à l'installation. Ces ZR, urbaines et rurales, sont précisément déterminées et établies en divisions communales. Elles existent dans toutes les régions de France.
- Dans la suite du paragraphe, nous parleront plus communément de déserts médicaux.

- Les constats de l'évolution actuelle de la démographie

Figure 55 : Densité des chirurgiens-dentistes par département
 [Source : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>]



☞ Les déserts médicaux

- Distance géographique, temps d'attente pour rendez-vous, absence de prise en charge immédiate des urgences... les déserts médicaux sont un réel problème de Santé Publique.
- Ces dernières années, les classifications des zones à faible accès aux soins furent affinées par l'élaboration d'outils statistiques tels que l'indicateur d'Accessibilité Potentiel Localisé (APL).
 - Il tient compte du niveau d'activité des praticiens et du taux de recours aux soins, et « s'affranchit des limites des zonages en prenant en compte l'offre et la demande de soins des communes environnantes dans un périmètre équivalent à un trajet de 15 minutes en voiture. » [78].
 - Le nombre de chirurgiens-dentistes est remplacé par des équivalent temps plein (ETP), et les cartes de densité ont pu être actualisées en conséquence (figure 56) : la moitié de la population vit dans une commune où l'APL est inférieur à 46 ETP pour 100 000 habitants alors que 0,3% des français vit dans une commune où l'APL est supérieur à 140 ETP pour 100 000 habitants [78].
- Par ailleurs, nous constatons que les zones à forte densité de chirurgiens-dentistes sont en rapport de proximité avec les facultés de chirurgie dentaire.
- Mais, au global, la majorité du territoire français aurait besoin davantage de professionnels de santé bucco-dentaire.

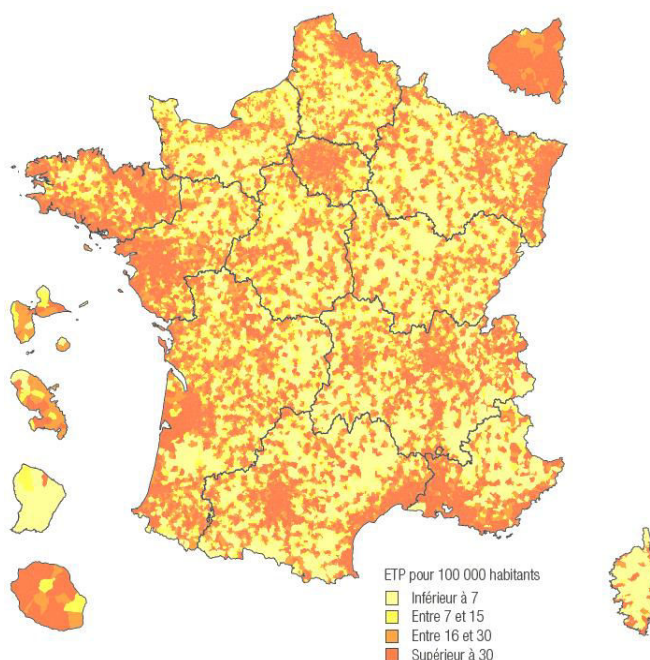


Figure 56 : Indicateur d'APL des chirurgiens-dentistes libéraux en 2013

[D'après : Millien, 2017]

ETP : équivalent temps plein.
 Champ • Ensemble des chirurgien-ne-s-dentistes libéraux, France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
 Sources • SNIRAM 2013, CNAMTS, et données de population INSEE. Calculs DREES.

☞ Féminisation de la profession

- En 1970, la profession des chirurgiens-dentistes était majoritairement représentée par des hommes, comme beaucoup de profession « à haut degré de qualification », mais leur proportion a progressivement diminué, et actuellement, les femmes sont majoritaires dans les jeunes tranches d'âge.
 - En 2016, elles représentaient 25% des praticiens de 60 à 69 ans mais 59% chez les moins de 30 ans ;
 - Sur l'ensemble des chirurgiens-dentistes en activité, elles étaient 32% en 2000 et sont passées à 44% en 2016 [78].
- Cette féminisation influence la quantité de l'offre de soin
 - Nous n'avons pas trouvé de données relatives au différentiel de temps de travail entre chirurgiens-dentistes et chirurgiennes-dentistes, mais notre sondage indique qu'en moyenne les femmes travaillent une demi-semaine de plus par an, mais 10% de moins en heures par semaine.
 - Voici les valeurs statistiques de notre échantillon de chirurgiens-dentistes exerçants en France (moyenne des 128 femmes et 130 hommes ayant répondu aux deux questions qui nous ont permis de faire ces calculs) :

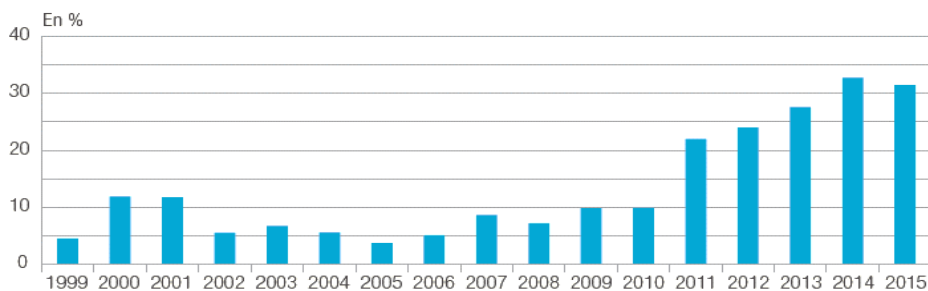
Tableau 47 : Moyennes des réponses aux questions 10 et 11 (chirurgiens-dentistes français)

[Source : notre sondage]

	Moyenne des heures/semaine	Moyenne des semaines/an	Moyenne des produits des valeurs (en heures/an)
Hommes	36,40	44,12	1607,36
Femmes	32,96	44,64	1467,87

- D'après les totaux en heures par an, nous pourrions évoquer l'image que les hommes travaillent un 13^e mois par rapport aux femmes, le temps de travail des femmes représentant 91% de celui des hommes.
- Ces chiffres ne tiennent pas compte des périodes d'inactivité liées à la maternité et à la paternité, sur lesquels nous précisons ne porter aucune présomption.

Augmentation du nombre de chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger



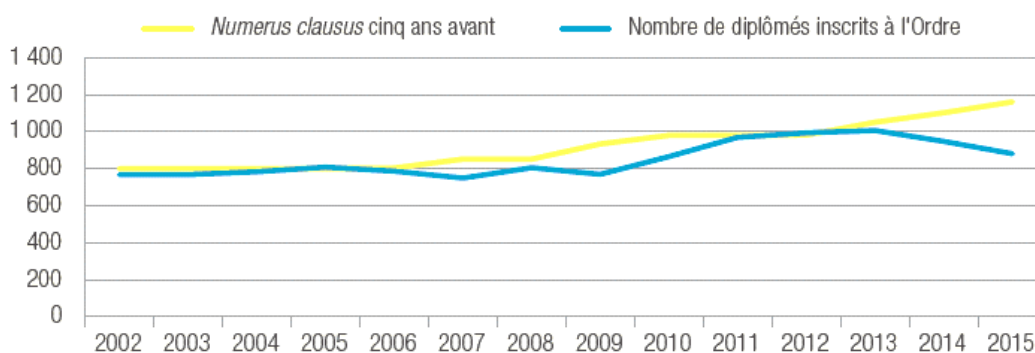
Note • Les chirurgien-ne-s-dentistes pris en compte pour chaque année n sont ceux toujours actifs au 1^{er} janvier $n+1$.
Lecture • Au 1^{er} janvier 2016, 31 % des chirurgien-ne-s-dentistes actifs inscrits à l'Ordre pour la première fois en 2015 ont obtenu un diplôme à l'étranger.
Champ • Ensemble des chirurgien-ne-s-dentistes en activité de 70 ans ou moins au 1^{er} janvier $n+1$, France entière.
Sources • ADELI jusqu'en 2011, RPPS à partir de 2012.

Figure 57 :
Évolution de la part des diplômés à l'étranger selon leur date de première inscription à l'Ordre

[D'après Millien, 2017]

Les chirurgiens-dentistes émigrant de France

- Le taux de « fuite » est défini comme la proportion de chirurgiens-dentistes non inscrits à l'ordre par rapport au niveau du numerus clausus 5 ans plus tôt.
 - Il correspond, sur le graphique ci-dessous, à l'écart entre les courbes
 - Entre 2008 et 2012, il fut estimé à 7% [78].
 - D'après le graphique, il semble dangereusement augmenter depuis 2013.



Lecture • En 2011, 970 chirurgien-ne-s-dentistes diplômés en France étaient inscrits à l'Ordre et cinq ans avant, le numerus clausus avait été fixé à 980 places.

Champ • France entière.

Sources • Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ; RPPS au 1^{er} janvier 2016.

Figure 58 : Évolution du nombre de premières inscriptions à l'Ordre selon l'année d'obtention du diplôme et le numerus clausus d'odontologie 5 ans avant

[D'après Millien 2017]

- La participation à notre sondage de chirurgiens-dentistes diplômés en France mais exerçant à l'étranger nous a permis d'en faire un échantillon représentant 3,4% des chirurgiens-dentistes diplômés en France, et leurs motivations à quitter leur pays d'origine semblent être liées aux conditions de notre profession.

- Rappel du sondage :
 - La question qui leur fut posée était « *Aimeriez-vous, éventuellement, travailler en France ?* » (Réponse de 0 à 6) : la moyenne fut de 2/6.
 - Puis « *Pourquoi ?* ». Les réponses furent les suivantes :

« *On n'a plus les moyens de bien travailler. Et trop de paperasse.* » Anonyme, chirurgien-dentiste diplômé en France et exerçant au Luxembourg (réponse : 0/6)

« *J'ai travaillé en France pendant 3 ans, mais actuellement les conditions se dégradent.* » Anonyme, chirurgien-dentiste diplômé en France et exerçant en Ecosse (réponse : 3/6)

« *Déjà donné. Si je dois rentrer je le ferai, mais déconventionné et spécialisé en endodontie.* » Anonyme, chirurgien-dentiste diplômé en France et exerçant au Canada (réponse : 2/6)

« *Exercice biaisé par sécu et mutuelles* » Anonyme, chirurgien-dentiste diplômé en France et exerçant en Suisse (réponse : 1/6)

« *Système de soins coûteux et inefficace* » Anonyme, chirurgien-dentiste diplômé en France et exerçant en Suisse (réponse : 0/6)

- Le numerus clausus et sa légitimité

- ☞ Les instances gouvernementales ont pris conscience de la faible démographie des chirurgiens-dentistes depuis déjà un certain nombre d'années, et remettent en question la légitimité du numerus clausus car il représente un des leviers de cette démographie.
- ☞ Il faut comprendre que la protection de l'emploi du chirurgien-dentiste n'est pas faite par le monopole de ses actes mais par la régulation de l'offre de soin et donc du numerus, qui, dans l'idéal, devrait être anticipée par rapport aux évolutions de la demande de soin.
 - Cependant, différents facteurs, dont les capacités d'accueil des facultés dentaires ont fait stagner la démographie de la profession alors que la demande de soin a

augmenté. Le manque de disponibilité des dentistes est justement le principal argument en faveur de la suppression du numerus clausus.

- Or, la densité des chirurgiens-dentistes par 100 000 habitant est de 62 en France, ce qui est globalement dans la moyenne des pays européens : la différence est que dans ces autres pays, les chirurgiens-dentistes ont la possibilité d'embaucher des auxiliaires de santé et de leur déléguer des actes, afin de s'adapter aux besoins de la population (cf. Annexe 1).
- Si la profession dentaire ne réagit pas et ne met pas tout en œuvre pour déléguer des actes afin de désengorger les plannings de rendez-vous, les opposants du numerus clausus gagneront toujours plus de poids.

☞ La régulation des professions de santé par le numerus clausus se heurte néanmoins à une autre problématique dont les solutions paraissent difficilement envisageables :

- 9 des 22 anciennes régions ne possèdent pas de faculté d'odontologie, et celles-ci présentent, à l'exception de la Corse, les plus faibles densités de chirurgiens-dentistes [79].
- Ce constat s'accompagne de celui qu'un tiers des chirurgiens-dentistes s'installent dans le même département que celui où ils ont mené leur cursus, un autre tiers dans un département différent mais de la même région, et seulement un tiers s'installent dans une région différente (selon l'ancienne découpe des régions).
- L'augmentation du numerus clausus ou sa disparition ne permettrait donc pas d'augmenter significativement la densité de la profession là où il y en a le plus besoin, sans créer de nouvelles structures de formation.

« Je pense que c'est un métier à développer en France afin de lutter en partie contre les déserts médicaux et les agendas pleins. Il faut cependant leur mettre des limites afin d'éviter les dérives qu'on a pu avoir avec les prothésistes, et privilégier un salariat/collaboration (pourquoi pas un % des actes) avec le chirurgien-dentiste pour une meilleure coordination des 2 parties. [...] » Anonyme, étudiant en chirurgie dentaire.

2.1.2 Évolutions démographiques potentielles à venir

- Facteurs actuels de l'équilibre offre/demande de soin

Tableau 48 : Classification des facteurs généraux influençant l'offre et la demande de soins en France

[Source : document personnel]

	Facteurs d'augmentation	Facteurs de diminution
<u>Demande</u> de soins bucco- dentaire	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'effectif de la population - Augmentation des exigences en matière de maintien ou de retour en bonne santé bucco-dentaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la santé bucco-dentaire de la population (influence indéterminée)
<u>Offre</u> de soins bucco- dentaire	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du numerus clausus - Immigration de professionnels de santé bucco-dentaire diplômés à l'étranger 	<ul style="list-style-type: none"> - Féminisation de la profession (influence légère) - Émigration des chirurgiens-dentistes diplômés en France

- L'activité des hygiénistes dentaires influencerait le rapport entre offre et demande de soins en France :
 - Augmenterait l'offre de soins par leur activité en odontologie ;
 - Améliorerait la disponibilité des chirurgiens-dentistes grâce à la délégation de certains actes chronophages ;
 - Diminuerait le recours aux soins interventionnels grâce à l'amélioration de la santé bucco-dentaire des français ;
 - Mais augmenterait recours aux soins de prévention (voir [partie 1.2.2](#) de ce chapitre, page 182) ;
 - Améliorerait la pérennité des traitements grâce à l'amélioration du suivi des patients.

Tableau 49 : Synthèse des hypothèses d'évolutions possibles de l'APL

[Source : document personnel]

Problèmes :		Solutions :	
Diminution à venir de l'APL...		Sans hygiéniste dentaire	Avec hygiénistes dentaires
<p>...Liée à la demande de soins bucco-dentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'effectif de la population, et donc de la demande de soins - Augmentation des exigences en santé, et donc demande en prévention 	<ul style="list-style-type: none"> - Limiter les exigences de la population par la méconnaissance de la fréquences recommandées des contrôles - Se concentrer sur la prise en charge des impératifs de dentisterie interventionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la prévention en « auto-soins » des patients - Amélioration de la pérennité des soins par l'amélioration du suivi des patients - Diminution de la demande en soins interventionnels 	
<p>...Liée à l'offre de soins bucco-dentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surcharge de travail des chirurgiens-dentistes - « Fuite » des chirurgiens-dentistes français vers l'étranger - Stagnation du numerus clausus liées aux capacités d'accueil des facultés dentaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de la proportion des professionnels de santé bucco-dentaire diplômés à l'étranger - Développer des cursus d'odontologie « hors numerus clausus » - Développer les centres de soins « low cost » 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des effectifs par la création d'auxiliaires de santé bucco-dentaire - Élargissement de la délégation des tâches et des actes pour augmenter la disponibilité des chirurgiens-dentistes - Améliorer la rentabilité du cabinet pour limiter les envies de « fuite » des chirurgiens-dentistes vers l'étranger 	

☞ Préconisation de la FDI pour un équilibre sain et pérenne entre l'offre et la demande de soins bucco-dentaire

« L'accès aux soins bucco-dentaires élémentaires est obligatoire dans tous les pays. Il reste possible même en cas de rareté des ressources, en prenant des mesures rentables, fondées sur des données probantes, qui mettent l'accent sur la prévention et sur les auto-soins. [...] Une telle stratégie demande [...] de réduire l'écart entre la charge de morbidité et la disponibilité des soins en mettant en place des équipes de soins bucco-dentaires, pilotées par les dentistes, et composées de personnels auxiliaires complémentaires et d'autres intervenants, en fonction des besoins locaux et de la législation locale. » [69].

« *Il y a urgence...* » Anonyme, chirurgienne-dentiste de l'Indre.

« *Je pense que le besoin dépend de la démographie professionnelle des dentistes et de la nomenclature.* » Anonyme, chirurgienne-dentiste du Finistère.

« *Ce serait la solution à bien des problèmes ! Manque de dentistes, manque de prévention, manque d'hygiène des patients, régularité des rendez-vous...* » Saveria Dury, chirurgien-dentiste de Seine-Maritime.

« *La création du métier d'hygiéniste en France pourrait être un moyen de désengorger les cabinets qui en ont besoin et d'augmenter la prévention car l'hygiéniste pourrait avoir du temps à y consacrer.* » Anonyme, chirurgienne-dentiste de l'Ain.

« *Vivement qu'on en ait !!!! La démographie est telle que j'espère que cette solution va s'imposer. Je n'ai plus le temps de faire de la prévention !!!* » Geoffroy Berthe, chirurgien-dentiste de Haute-Marne.

« *Thématique intéressante et importante à l'heure où le nombre de dentistes formés est insuffisant pour faire tous ces actes de prévention et où beaucoup ne le font pas, mais son instauration sera obligatoirement liée à un changement total du financement des soins dentaires !* » Anonyme, étudiant en chirurgie dentaire.

« Sujet compliqué à l'heure actuelle car la plupart de nos confrères ne veulent pas toucher à [la problématique des hygiénistes dentaires]. Étant en zone très sous dotée cela me permettrait de me décharger d'une grosse partie du dépistage des problèmes et de toute cette partie de prévention. » Dr Jérôme GUILLAUDEUX, chirurgien-dentiste en Côtes d'Armor.

« Il est impossible, dans les zones sous dotées en chirurgien-dentiste, de réaliser un détartrage annuel à tous les patients habitants à proximité (5km) du cabinet. Faillite du cabinet en 3 mois (je suis seul pour environ 7000 patients). Il est donc indispensable qu'un hygiéniste puisse soulager le chirurgien-dentiste, et ainsi assurer une prévention digne de ce nom. » « Ludozz », chirurgien-dentiste de l'Oise.



2.2 Les contraintes économiques et la difficulté de rentabiliser un cabinet dentaire en 2018

2.2.1 Les charges grandissantes du cabinet dentaire

- **Progrès techniques et recommandations de bonnes pratiques**

☞ **Suivre les recommandations officielles est une obligation déontologique.**

- Vis-à-vis des professionnels de santé, les recommandations de bonnes pratiques s'élaborent en fonction de deux variables interdépendantes qui ne cessent d'augmenter en qualité et en quantité :
 - Les progrès industriels des technologies appliquées à la santé ;
 - Les données acquises de la science sur la justesse des traitements.
- Les professionnels de santé ont le devoir de se tenir informés (principe de formation continue) et de mettre en œuvre les recommandations officielles de bonnes pratiques les plus récentes.

☞ **En odontologie**, ces recommandations ont subi de grandes évolutions liées au perfectionnement des technologies industrielles de ces trois dernières décennies, et le budget alloué à leurs investissements a dû suivre cette métamorphose.

- **Investissement, consommables et coûts de fonctionnement**

☞ **Impact de l'équipement sur le coût de fonctionnement du cabinet dentaire :**

- En odontologie, le « gros matériel » (fauteuil, radiographie, système informatique, etc.) représente un investissement important, et doit être renouvelé régulièrement.
- Les « petits équipements » sont toujours plus nombreux et perfectionnés afin de répondre aux exigences des recommandations et du besoin du chirurgien-dentiste d'optimiser son efficacité.
- L'amélioration des gammes de matériaux et les exigences grandissantes en matière d'esthétique du sourire ont, elles aussi, modifié les budgets qui sont accordés aux consommables : l'ère de l'amalgame et des couronnes métalliques laisse place aux nano-composites et au « tout-céramique ».

☞ L'inflation et ainsi l'augmentation du coût de la vie a touché le monde entier, dans tous les domaines.

- D'après le site https://france-inflation.com/calculateur_inflation.php, l'inflation entre 1970 et aujourd'hui est estimée à 653%.
- Depuis cette date, les tarifs conventionnés des actes bucco-dentaires n'ont quasiment pas été revalorisés en France.

2.2.2 Rémunération décente *versus* tarifs conventionnés

- Généralités sur la rémunération des professionnels de santé

☞ Économiquement, les professionnels indépendants, libéraux, ou artisans se retrouvent contraints de faire des compromis financiers en cas de difficultés. De ces compromis, la qualité de leur travail peut en pâtir :

- Précipiter certaines étapes, au risque de les bâcler, pour augmenter en efficacité ;
- Tendance à négliger les préparations qui s'effectuent avant le travail à proprement parler et qui ont pour but de garantir le bon déroulement de celui-ci ;
- Tentation de négliger les finitions et les détails, toujours pour gagner du temps ;
- Limitation de budget dans l'achat des matières premières, au risque d'abandonner un niveau optimal de qualité de ces dernières ; etc.

☞ Dans le domaine de la santé, la qualité du service ne devrait jamais être retranchée, et la déontologie nous somme de travailler selon les données acquises de la science, avec des obligations de moyens et de résultats.

- Or, tous les indépendants doivent maintenir dans leur activité un « rapport qualité/prix » qui leur permettent, aussi, de faire vivre ou survivre leur entreprise. Des difficultés financières pousseraient alors le professionnel de santé à amoindrir la qualité de ses soins, ce qui se répercuterait directement sur la santé des individus qu'il prend en charge.
- Donc, pour la santé globale de la population, et en accord avec les principes de l'OMS, il est sage d'exiger des instances gouvernementales qui déterminent les tarifs conventionnés des actes de santé de s'appliquer à permettre aux chirurgiens-dentistes de prodiguer des soins d'une qualité conforme aux connaissances acquises de la science et donc aux règles de l'art.

- Des tarifs opposables déficitaires (Annexe 5, p.10-12)

Note : Les débats entre les délégués syndicaux de la profession dentaire et le législateur sont en cours au moment de l'écriture de cette thèse, mais nous nous baserons sur la tarification actuellement en vigueur.

✎ En France, la prévention accède doucement à une amélioration de la prise en charge par l'assurance maladie, mais cette amélioration est loin d'être suffisante.

- En effet, les tarifs conventionnels français restent très en dessous de ceux nos voisins, et certains actes tels que l'initiation à l'hygiène ou les fluorations sont littéralement ignorés des bases de remboursement.
- Nous pouvons lire dans l'Annexe 5, p.10-12 :
 - « En France, selon la DREES, le volume des soins conservateurs représente 53% de l'ensemble des soins réalisés. L'Allemagne a réussi sa révolution puisqu'actuellement les chirurgiens-dentistes réalisent 75 % de soins conservateurs, ce qui montre la réussite d'une politique de prévention associée à une rémunération adaptée. En France la tarification de ces soins est 2 à 3 fois plus faible que la moyenne de l'UE et 3 à 4 fois inférieure à celle de l'Allemagne et des pays ayant le même niveau économique. »

Tableau 50 : Coût des soins conservateurs (hors rémunération du chirurgien-dentiste)

[Source : Annexe 5]

	Composite 1 face	Composite 2 faces	Composite 3 faces	Traitement endodontique 1 canal	Traitement endodontique 2 canaux	Traitement endodontique 3 canaux
Temps réalisation en min	25,2	32,6	39	38,6	49,8	73
Coût du tps réalisation	30,30 €	39,20 €	46,89 €	46,41 €	59,88 €	87,77 €
Coût moyen des fournitures	15,17 €	16,26 €	17,08 €	26,51 €	35,20 €	43,89 €
Coût total de réalisation	45,47 €	55,46 €	63,97 €	72,92 €	95,08 €	131,66 €
Tarif de responsabilité	19,28 €	33,74 €	40,97 €	33,74 €	48,20 €	81,94 €
Diff. avec le tarif de responsabilité en %	- 136 %	- 64 %	- 56%	- 116 %	- 97 %	- 61 %

Sources : J.DEMOY, Quels sont les coûts réels des actes conservateurs et endodontiques ? Inf. Dent ; 3, vol. 99, 2017

- « Si on ne tient compte que du coût de revient des 6 actes les plus courants de soins de caries et de dévitalisations des dents, on constate que les chirurgiens-dentistes ne perçoivent aucune rémunération pour ces traitements et qu'ils en financent, en plus, 43% du coût de production, pour un total de 728 millions d'euros. Cette donnée permet d'éclairer l'incohérence du système de santé bucco-dentaire en France et les sommes à mettre en jeu pour favoriser le recours à ces actes. » [60].

☞ De plus, les chirurgiens-dentistes français n'ont pas accès aux bénéfices financiers d'une délégation des actes.

- Elle permettrait, par définition, d'effectuer une plus grande quantité d'actes, et donc de chiffre d'affaire, tout en diminuant la fatigue professionnelle du chirurgien-dentiste.
- En guise d'exemple, l'étude précédemment citée de la DREES, observe, en Allemagne, la présence d'une « forte densité d'auxiliaires [...] illustrant la tendance à la spécialisation des tâches et à l'autonomie qui favorise la productivité et la rentabilité des cabinets dentaires. » [61]
- De même, il est clairement décrit dans de nombreuses autres analyses [32 ; 35 ; 38 ; 52] que parmi les avantages d'employer un auxiliaire qualifié à qui sont délégués des actes spécifiques, il existe un gain financier indéniable pour le chirurgien-dentiste employeur.

- Tarifs conventionnés : un frein à l'exercice des hygiénistes dentaires aux yeux des chirurgiens-dentistes

« *En étant allemand le concept d'hygiéniste ne me choque pas du tout. L'hygiéniste représente un système de filtrage des patients, qui sert à identifier les patients à risque carieux et/ou parodontal élevé. La motivation du patient fonctionne via une prise en charge par la plupart des mutuelles allemandes et par l'obligation du patient de faire au minimum un contrôle par an (chaque année de contrôle augmente la prise en charge pour les prothèses !!)*

Tout ce système fonctionne en Allemagne car c'est rémunéré correctement. En moyenne 120 jusqu'à 260 € par détartrage. Un détartrage allemand (surnommé PZR : professionnelle Zahnreinigung) contient en général une évaluation de l'hygiène, un sondage parodontal (6 points), instruction et motivation du patient, détartrage supra-gingival, aéropolisseur et application topique du fluor (si nécessaire). Suivi d'un contrôle du dentiste. Il faut prendre donc le « package » en compte... » Anonyme, chirurgien-dentiste allemand exerçant au Val-de-Marne.

« [L'exercice des hygiénistes dentaires en France] *serait une excellente chose, encore faudrait-il que les tarifs des soins conservateurs et de prévention ne soient pas faits à perte...* » Anonyme, étudiant en chirurgie dentaire.

« *À l'heure actuelle, les revenus et la valorisation des actes ne permettent pas de faire vivre ce métier. Car en plus du coût salarial (il faut compter le double en charges sociales) il faut compter toutes les charges se rapportant au cabinet, et le salaire sera forcément plus élevé que celui d'une assistante. Si l'exercice se fait en libéral cela sera encore plus compliqué. Pour voir ce métier apparaître (et je le souhaite) il faudrait une vraie valorisation de la prévention allant de la motivation à l'hygiène bucco-dentaire au détartrage.* » Dr Jérôme GUILLAUDEUX, chirurgien-dentiste de Côtes d'Armor.

« *Il faudrait que les politiques prennent réellement conscience de l'importance de la prévention dans la santé bucco-dentaire. Le problème de l'équilibre économique de l'hygiéniste dans le contexte économique actuel est la rémunération conventionnelle trop faible ou inexistante dans la convention actuelle...* » Dr Gerard TOLILA, chirurgien-dentiste des Alpes-Maritimes.

« [La viabilité du métier d'hygiéniste dentaire] *dépend énormément de la valorisation financière des soins* » Anonyme, chirurgienne-dentiste d'Ille-et-Vilaine.

« *Très en faveur de l'instauration d'hygiénistes dentaires car on passerait plus de temps à faire des soins de qualité, mais sans revalorisation du prix des soins conservateurs (ce qui n'est pas gagné en ce moment) cela restera une utopie* » Anonyme, chirurgien-dentiste d'Ille-et-Vilaine.

2.3 Conséquences des contraintes démographiques et économiques

2.3.1 La surcharge de travail et l'épuisement professionnel en omnipratique

- Burn out chez les chirurgiens-dentistes

☞ Nous avons été interpellés par un article du numéro d'Avril 2018 de *La lettre de l'ordre* : « Burn out chez les chirurgiens-dentistes : le choc » [44].

- Cet article inquiétant fait suite à une vaste enquête conduite par le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes (CNCD) avec la collaboration de l'Académie nationale de chirurgie dentaire.
 - Un *e-mail* interrogeant les chirurgiens-dentistes sur leurs conditions de travail fut envoyé à 34 455 praticiens, 6 783 d'entre eux y ont répondu.
 - Parmi les répondants, 2 378 se déclarent être en situation de *burn out*, c'est-à-dire en état d'épuisement professionnel, soit plus d'un tiers d'entre eux !
- Type de pratique des répondants :
 - 92 % des répondants sont des omnipraticiens
 - 89,4 % exercent en libéral

☞ Certaines des réponses de ce sondage témoignent d'une grave surcharge de travail

- Nombre de patients pris en charge par semaine :

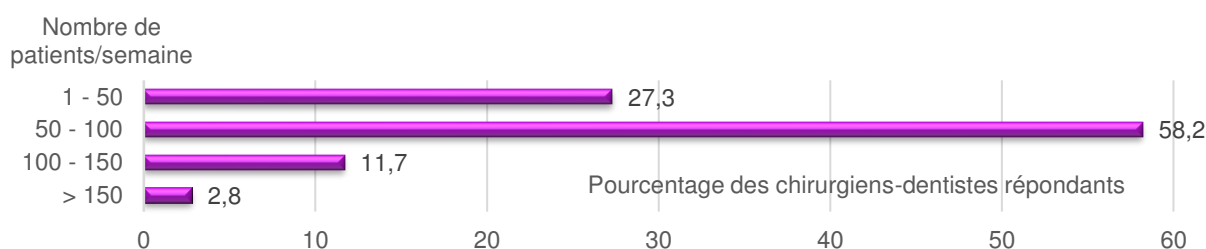


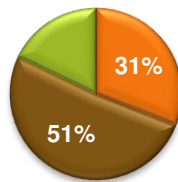
Figure 59 : Nombre de patients pris en charge par semaine par les chirurgiens-dentistes interrogés

[Source : Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, 2018]

- État de santé des praticiens au cours des cinq dernières années :
 - 30,9 % ont été contraints d'interrompre leur activité pour raison de santé
 - 51,2 % ont renoncé à la suspendre pour raison médicale, alors que leur état de santé le justifiait.

Figure 60 : État de santé des praticiens au cours des cinq dernières années

[Source : Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, 2018]



- Ont renoncé à s'arrêter malgré leur état de santé
- Arrêt d'activité justifié par l'état de santé
- Etat de santé satisfaisant

- Praticiens touchés par les signes du *burn out* :
 - 58 % des praticiens déclarent avoir déjà traversé un état d'épuisement professionnel ;
 - 54 % éprouvent une « perte d'accomplissement personnel » ;
 - 73 % ressentent une « dépersonnalisation des relations avec les patients » ;
 - Plus alarmant encore, 14 % des praticiens déclarent avoir eu des idées suicidaires.
- « Enfin, l'enquête révèle que le rythme de travail a souvent une répercussion négative sur la performance professionnelle, la vie sociale et la vie familiale des chirurgiens-dentistes. » [44].

- La dichotomie « prévention versus réhabilitation » du chirurgien-dentiste : discussion sur la définition de l'offre de soins

- ☞ D'un point de vue pragmatique, les concepts de *prévenir* un mal et de *guérir* ce même mal s'opposent indéniablement, en particulier si on y ajoute une pondération financière.
 - L'objectif de la prévention est, dans l'absolu, de tout mettre en œuvre pour éviter l'apparition d'une maladie, d'une altération, d'un trouble. Donc, théoriquement, un professionnel ayant pour vocation de prévenir atteindrait son objectif une fois que toute affection aurait disparu en incidence.
 - Or, un professionnel rémunéré sur sa capacité à guérir les maladies, altérations, et troubles en question, se retrouverait perdre son fonds de commerce dans de telles circonstances.
- ☞ Donc, revêtir la responsabilité de concepts *préventif* pas ou peu rémunéré et *thérapeutique* fait naître un conflit d'intérêt, qui se définit ainsi : « Une situation de conflit d'intérêts apparaît quand un individu ou une organisation doit gérer plusieurs intérêts qui s'opposent, dont au moins l'un d'eux pourrait corrompre la motivation à agir sur les autres. » (Source : Wikipédia). Cette situation est généralement soit anxiogène, soit corruptrice.

- ☞ La prévention et la réhabilitation sont en réalité, dans le quotidien de la pratique du professionnel de santé bucco-dentaire, deux dispositifs thérapeutiques ayant le même objectif : optimiser la santé bucco-dentaire ainsi que, en conséquence, la santé générale.
- Cependant, ce sont deux solutions à deux problèmes différents :
 - La réhabilitation viendra en réponse d'un problème existant et issu d'une accumulation aux manquements préventifs ; la prévention viendra en réponse à un risque d'apparition d'un tel problème.
 - Ils interviennent chacun à un stade différent de l'interprétation de l'état de santé et surtout de son potentiel d'amélioration, mais tous deux, dirigent le patient dans la même optique : l'optimisation de sa santé.
 - Avec le temps, et une amélioration continue de l'offre de soins, la population française doit se diriger, à travers une transposition progressive de ses besoins, vers une diminution de ses besoins en réhabilitation et une augmentation de ses besoins en prévention.
- ☞ Le principal problème, finalement, quand il en existe un, est le manque de disponibilité pour les soins de prévention. Actuellement freinées par un manque de temps et un manque de rentabilité en France, des applications « maximales » de la prévention devraient pourtant, conceptuellement, être octroyées à chaque patient, systématiquement et sans distinction.

- Démoralisation de la profession : témoignages

« *Totalement irréaliste aujourd'hui en France compte tenu des possibilités financières de prise en charge et/ou des coûts des charges sociales dans le cas d'une activité salariée.*

Un ancien collaborateur est actuellement installé au Canada avec quatre hygiénistes. Cela implique un contexte culturel et d'organisation du système de santé totalement différent du nôtre, avec une vision de la prévention et du contrôle de qualité des prestations fournies que nous ignorons complètement. Les hygiénistes ne sont qu'une partie minime d'un système global. » Anonyme, chirurgienne-dentiste de Lot-et-Garonne.

« *Si pas de politique de santé préventive aucun intérêt* » Anonyme, chirurgien-dentiste de Meuse.

« *Aux tarifs d'autorité, l'activité d'hygiéniste, comme la prévention en France reste une utopie non viable économiquement pour un praticien libéral.* » Anonyme, chirurgien-dentiste du Gard.

« *Très intéressante problématique, mais peu de solutions vu le système de soins français, et le peu de considération de la prévention et sa faible rémunération...* » Anonyme, chirurgien-dentiste de l'Oise

« *L'uberisation permettra l'installation d'hygiénistes, d'assistantes dentaires, et de prothésistes qui seront autorisés à travailler en bouche, (création de sous-dentistes), et il restera l'implanto, la paro, et un peu de prothèse...*

Que vous le vouliez ou non vous serez obligés d'en passer par là : il faudra faire le moins cher possible et le plus vite possible, ou les sous dentistes s'en chargeront.

En conclusion il n'y a pas à savoir si nous sommes pour ou contre les hygiénistes : de toute façon ils vont être créés et nous ne pourrons pas les contrôler. » Anonyme, chirurgien-dentiste de Haute-Garonne.

« *On en a vraiment besoin je n'ai pas le temps et l'envie de faire la motivation a l'hygiène.* » Anonyme, chirurgien-dentiste des Pyrénées-Atlantiques

« *Nous avons besoin de cette profession !* » Anonyme, chirurgienne-dentiste de Paris.

« *Nous en avons besoin pour déléguer les tâches chronophages et nous consacrer à de soins plus compliqués* » Anonyme, chirurgien-dentiste de la Somme.

« *Indispensables. Leur absence est en partie responsable de la dentisterie très interventionniste pratiquée en France* » Anonyme, chirurgien-dentiste d'Ille-et-Vilaine.

2.3.2 Les « bouées de sauvetage » des chirurgiens-dentistes libéraux

- La tendance au regroupement

- ☞ Cela va de soi, face aux charges financières grandissantes et à la stagnation des recettes, les chirurgiens-dentistes ont tendance à se regrouper de façon à pouvoir mutualiser certains des investissements que nous avons vus précédemment : « L'exercice en groupe ou en société se développe nettement chez les praticiens libéraux ou mixtes âgés de 70 ans ou moins, puisqu'il concerne 55 % d'entre eux en 2016 contre 33 % en 2001 » [78].
- ☞ L'exercice de groupe se développant, l'évolution structurelle des cabinets libéraux français tend à prendre une allure idéale à l'adjonction d'hygiénistes aux équipes de soins bucco-dentaires.

- Le déconventionnement

- ☞ Est-il nécessaire de se déconventionner pour travailler dans les règles de l'art ?
 - Comme nous l'avons vu, beaucoup d'actes sont déficitaires en omnipratique, et certains le sont trop pour être envisagés en cabinet libéral, et les patients doivent être adressés à un praticien spécialisé et/ou déconventionné.
 - Nous citerons par exemple :
 - Les traitements endodontiques « difficiles » et/ou nécessitant beaucoup de temps, de dispositifs techniques spécifiques ou d'investissement dans des aides optiques ;
 - Certains cas de réhabilitations esthétiques ;
 - Les traitements parodontaux et chirurgicaux « complexes ».
- ☞ Cependant, le déconventionnement est contraire aux principes d'élargissement de l'accès aux soins à toutes les catégories socio-professionnelles de la population, et nécessite généralement une forme d'expertise dans un secteur de spécialisation.

- Les spécialisations et les formations post-universitaires

↻ Certains secteurs comme l'implantologie nécessitent une formation post-universitaire et des équipements spécifiques :

- L'ensemble peut former un investissement important. Or, pour réussir à rentabiliser un tel investissement, il faut le mettre régulièrement en pratique : l'implantologie s'exerce donc au dépend des autres secteurs d'activité du chirurgien-dentiste, tels que les soins conservateurs, impliquant une forme de spécialisation de l'omnipratique.
- Cependant, à l'étranger, grâce au gain de disponibilité lié à la délégation des actes de maintenance et de prévention aux hygiénistes dentaires, une proportion non-négligeable de chirurgiens-dentistes ont la possibilité d'exercer une « vraie » omnipratique, incluant des secteurs d'activité tels que l'implantologie, améliorant l'accessibilité de ces secteurs d'intervention à la population.
- Nous rappellerons les réponses du sondage des 8 chirurgiens-dentistes exerçant à l'étranger en présence d'hygiénistes dentaires :
 - 2 ne pratiquent pas d'actes d'odontologie conservatrice (ont été considérés comme étant spécialistes) mais pratiquent l'implantologie.
 - Parmi les 6 omnipraticiens, 5 pratiquent l'implantologie, dont 2 pratiquant l'ensemble des 9 secteurs proposés à la QCM : odontologie conservatrice, endodontie, prothèse, chirurgie, prévention, parodontologie, pédodontie, implantologie, orthodontie.

↻ La tendance à la spécialisation augmente la distance géographique entre certains patients et l'accès à certains soins

- Certaines spécialités comme la chirurgie orale sont trop déficitaires pour le secteur libéral, et les patients sont parfois adressés en secteur hospitalier pour cette raison.
- D'autre part, la situation démographique de la profession dentaire et l'impossibilité de déléguer les actes entraînent une obstruction de la disponibilité de la majorité des omnipraticiens et contrarient d'éventuelles volontés de formation post-universitaire.
- Ainsi, l'accès aux soins est desservi, et le potentiel de développement professionnel des omnipraticiens est restreint.

3. Hypothèse de la création d'un métier d'auxiliaire de prévention bucco-dentaire français et conséquences

3.1 À long terme : les bénéfices en Santé Publique

Comme nous l'avons vu précédemment, les chirurgiens-dentistes français n'ont pas toujours le temps ou la disponibilité de parfaire l'enseignement à l'hygiène qu'ils dispensent aux patients, et le système de santé bucco-dentaire français est davantage organisé sur des principes interventionnels que sur des principes préventifs.

Nous allons exposer dans cette partie les bénéfices qui pourraient apparaître à la suite de l'adjonction à l'équipe dentaire d'une force de main d'œuvre spécialisée en prévention et en actes prophylactiques, travaillant sous la supervision du chirurgien-dentiste. Pour cela, nous nous baserons sur les constats exposés dans le chapitre I.

3.1.1 Amélioration de la santé bucco-dentaire des français

- Pédagogie de l'enseignement à la santé bucco-dentaire

☞ Définition de la pédagogie, d'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) :

- « Ensemble des méthodes dont l'objet est d'assurer l'adaptation réciproque d'un contenu de formation et des individus à former (Manag. 1971) »
- « Méthode pédagogique utilisée notamment pour la rééducation, l'éducation spécialisée, l'éducation des adultes, qui est fondée sur les apports de la psychologie sociale et de la psychothérapie, considérant le groupe comme l'occasion et le lieu de processus influençant et altérant les réactions individuelles, facilitant ou parfois entravant l'apprentissage, l'acquisition des connaissances et la maturation personnelle (d'apr. Educ. 1979). » [Source : www.cnrtl.fr/definition/]

☞ Composition d'un enseignement pédagogique

- Ici, nous appellerons « enseignant » celui qui donne le discours d'enseignement à l'hygiène bucco-dentaire et « élève », celui qui le reçoit.
 - Expliquer pour faire comprendre : requiert la pédagogie de l'enseignant.
 - Le but est de fixer dans l'esprit de l'élève l'intérêt fondé de l'apprentissage.

- L'enseignant doit trouver les mots justes, et établir la complexité de son discours en équilibre entre l'intelligibilité et l'apport des détails dans la compréhension globale.
- Comprendre pour appliquer : requiert la patience de l'enseignant.
 - L'application est nécessaire à la mémorisation : l'enseignement doit être successivement mis en pratique par l'élève et corrigé par l'enseignant.
 - La qualité de l'application dépend de la compréhension préalable.
- Répété pour retenir : demande à l'enseignant d'être convaincant et motivant.
 - La répétition de la mise en œuvre d'un enseignement est la meilleure méthode pour la mémoriser : l'élève devra la répéter de façon autonome.
 - Il doit être convaincu et motivé pour en faire perdurer les bienfaits.
- La pédagogie s'adapte à tous les âges, les spécificités s'apprennent et se transmettent [31], et les hygiénistes dentaires, par leur formation et le contexte de leur pratique, sont disposées à appliquer de façon systématique ces principes à l'enseignement de l'hygiène.
- Pour rappel, nous n'insinuons pas que le chirurgien-dentiste n'est pas capable d'un tel enseignement, mais que le contexte de sa pratique en France ne lui donne pas systématiquement l'occasion de l'appliquer avec toute la patience requise.

✎ En définitif, la patience et la pédagogie sont des nécessités naturelles pour obtenir des bénéfices durables à tout apprentissage.

- Au XXI^e siècle, un enseignement à l'hygiène digne de ce nom devrait être accessible à tout le monde.
- La France ne doit pas faire exception : la prévention et l'application des compétences en pédagogie qu'elle requiert, doivent être considérées comme les constituants d'une profession à part entière.

« *La prévention n'en serait que meilleure, puisque quasi inexistante actuellement...et la santé bucco-dentaire des français par conséquent améliorée.* » Anonyme, chirurgienne-dentiste de la Réunion.

« *[...] la prévention est nécessaire et mal exploitée en France dans beaucoup de domaines. L'hygiène dentaire est une évidence et doit se transmettre à la population afin d'éviter des soins coûteux à l'individu et la collectivité, sachant que ces soins sont relativement onéreux quand ils sont importants.* » Anonyme, infirmière.

- Efficacité des séances personnalisées d'initiation à l'hygiène

☞ Rappel de points explorés précédemment : des études sur les atteintes du parodonte ont démontré depuis plusieurs décennies l'efficacité de la maintenance parodontale et de la motivation à l'hygiène dans l'amélioration et le maintien des résultats des traitements du parodonte [3 ; 36 ; 52], et surtout le suivi de cohorte sur 30 ans décrit dans le chapitre I, [partie 2.2.1](#) [4].

☞ Une étude de cohorte néerlandaise très récente [53], donc placée dans le contexte d'une population à l'hygiène bucco-dentaire relativement exemplaire, a montré l'efficacité de la méthode *Nexø*, basée sur la prévention individualisée chez les enfants :

- Parmi les 106 enfants suivis de 6 ans à 12 ans, trois groupes furent formés :
 - Groupe *CONTROL* : Suivi habituel, à raison de deux consultations dentaires par an, incluant une application professionnelle de fluorures et le scellement prophylactique des sillons occlusaux.
 - Groupe *IPFA*, pour *Initial Professional Fluoride Application* : identique au groupe *CONTROL*, avec deux applications professionnelles de fluorure additionnelles (donc quatre par an au total).
 - Groupe *NOCTP*, pour *Non-Operative Caries Treatment Programme*, en application de la méthode *Nexø*, qui préconise que la fréquence de visite et les mesures préventives soient individualisées en fonction du risque carieux du patient, son stade d'éruption, et la motivation de ses parents.
- Les résultats, décomptés en nombre de faces dentaires cariées, manquantes ou reconstituées furent de 1,02 pour le groupe *CONTROL*, 0,86 pour le groupe *IPFA*, et 0,67 pour le groupe *NOCTP*.
- D'autre part, le niveau d'hygiène du groupe *NOCTP* était meilleur que celui des deux autres groupes, bien que les différences ne fussent pas statistiquement considérées comme significatives.

« *Motivation, hygiène, information, détartrage... Avec une compétence d'hygiéniste, une telle auxiliaire permettrait de désymboliser nos cabinets. L'éducation se faisant avec la répétition, cela n'empêcherait pas le chirurgien-dentiste de reprendre les explications. On y gagnerait ainsi tous en matière de prévention. La santé publique serait gagnante.* » Anonyme, chirurgienne-dentiste d'Indre-et-Loire

- Conséquences de l'amélioration du contrôle de plaque

- ☞ Diminution de la charge de morbidité des pathologies orales (voir chapitre I)
- ☞ Amélioration de l'espérance de maintien dans le temps des réhabilitations dentaires : synthèse (voir chapitre I)
 - Réhabilitation prothétique et implantaire :
 - Impact du suivi de l'hygiène dans la perpétuation des réhabilitations prothétiques fixées ;
 - Importance de la maintenance dans le suivi post-implantaire : recommandation d'un suivi par hygiéniste tous les trois mois et par le dentiste une fois par an pour enregistrement des paramètres dans le cadre de la maintenance post-implantaire chez les patients à risque parodontaux [6].
 - Traitement parodontal :
 - Importance de la phase maintenance dans le cadre du traitement des parodontopathies ;
 - Importance de la motivation à l'hygiène dans la prévention des atteintes parodontales et des récives.
 - Traitements d'orthodontie :
 - Amélioration du suivi des patients ayant bénéficié d'un traitement orthodontique multi-attaches ;
 - Dispenses systématiques des recommandations spécifiques ;
 - Dépistage précoce des effets iatrogènes : des atteintes parodontales peuvent apparaître à distance des traitements orthodontiques.
- ☞ Amélioration de la qualité de vie des Français grâce au contrôle de plaque
 - Nous savons en effet que les pathologies de la dent et du parodonte entraînent des invalidités temporaires, mais parfois avec des séquelles permanentes, totalement ou partiellement compensables. Nous avons tenté de les synthétiser dans un tableau aux vertus plus ludiques que scientifiques.
 - Dans le tableau suivant, « risques et conséquences d'un défaut d'hygiène bucco-dentaire », les « composantes de l'état de santé » sont inspirées de la pyramide des besoins par A.H. Maslow et de la définition de la santé selon l'OMS.

Tableau 51 : Risques et conséquences d'un défaut d'hygiène bucco-dentaire
[Source : document personnel]

Causes liées à un défaut d'hygiène bucco-dentaire	Conséquences directes ou probables (pathologiques et thérapeutiques)	Composantes d'un état de santé													
		Survie à court terme	Equilibre post-thérapeutique*	Efficacité immunitaire	Disponibilité physique	Disponibilité intellectuelle	Apport nutritionnel et métabolisme	Qualité du sommeil / repos	Rapport sociaux et affection	Sexualité et reproduction	Accès à une CSP* satisfaisante	Disponibilité financière			
Processus infectieux bucco-dentaire non spécifique	» Douleur chronique					△	△	△							
	» Douleur aiguë				△	△	△	△			△				
	» Halitose										△	△	△		
Processus carieux et infection pulpaire	» Reconstitution conservatrice										△(a)	△(a)	△(a)		
	» Reconstitution prothétique fixée										△(a)	△(a)	△(a)		△
LIPOE*	» Abscès dentaire					△(b)	△(b)	△							
	» Cellulite génienne			△	△(b)	△(b)	△(b)	△(b)							
	» Cellulite laryngo-pharyngée		△		△	△	△	△							
Processus inflammatoires et/ou infectieux du parodonte	» Bactériémie sans sepsis		△	△	△	△	△	△							
	» Bactériémie avec sepsis		△	△	△	△	△	△				△			
	» Edentation		△(c)	△(c)	△(c)	△(c)	△(c)	△(c)			△(a)	△(a)	△(a)		
	» Reconstitution prothétique amovible							△			△(a)	△(a)	△(a)		△
	» Reconstitution dento-ou implanto-portée										△(a)	△(a)	△(a)		△
△ =	risque d'atteinte de la composante de santé décrite en tête de colonne par la conséquence d'un défaut d'hygiène bucco-dentaire décrite en tête de ligne. Cette composante de santé peut être entravée, complexifiée, diminuée, compromise, voire interdite.														
△(a) =	degré d'implication en fonction de l'esthétique plus ou moins maintenu du sourire														
△(b) =	degré d'implication en fonction des caractéristiques de la douleur ressentie (variable)														
△(c) =	risques liés à la bactériémie temporaire et conséquente à l'avulsion dentaire														
*Equilibre post-thérapeutique = maintien d'un état de santé suite à une intervention médicale ou chirurgicale (ex: diabète médicamenteusement équilibré, appareillage prothétique, etc.)															
*CSP = Catégorie Socio-Professionnelle															
*LIPOE = Lésion Inflammatoire Périradiculaire d'Origine Endodontique (fait généralement suite à une infection pulpaire non soignée)															

3.1.2 Conséquences des dépistages précoces pour la santé générale

- Santé générale et santé bucco-dentaire

☞ En rapport avec les multiples liens entre santé générale et santé bucco-dentaire ainsi que nous l'avons vu dans le chapitre I, la consultation régulière de l'hygiéniste dentaire pourraient avoir des bénéfices au niveau de nombreuses pathologies à plus ou moins long terme, que ce soit en matière de pathologies de la dent et du parodonte, de leurs influences sur les pathologies générales ou vis-à-vis du diagnostic précoce de ces dernières grâce à leurs symptômes oro-faciaux.

Tableau 52 : Prévalence, incidence et nombre de décès en France, relatifs à certaines pathologies générales qui ont un lien soupçonné ou avéré avec la santé bucco-dentaire.

[D'après : DREES, Santé Publique France, 2017]

	Pathologies ayant une relation de comorbidité avec les pathologies bucco-dentaires	Incidence (estimation nouveaux cas, 2012)	Nombre de décès : France, 2013
Tumeur maligne	Lèvre, cavité buccale et pharynx	11 500	3 954
	Œsophage et estomac	11 000	8 634
	Foie et voies biliaires intra-hépatiques	9 000	8 317
	Pancréas	11 500	10 372
	Larynx et tractus broncho-pulmonaire	39 000	31 815
Maladies du système circulatoire	Cardiopathies ischémiques	221 108 ⁵	34 074
	Autres cardiopathies	n.c.	44 406
	Maladies cérébro-vasculaires	163 251 ⁵	32 659
Autres maladies chroniques	Maladies chroniques voies respi. inférieures	104 442 ⁵	10 540
	Asthme	64 252 ⁵	883
	Diabète	3 069 000 ⁶	11 711
	Sida et VIH	n.c.	502
Naissances	Naissances prématurées	7,3%	n.c.
	Petit poids de naissance	7,5%	n.c.
Maladies infectieuses	Infection à BMR ⁷	158 000	12 500
	Pneumonie	n.c.	12 056

⁵ Nombre de patients hospitalisés en 2014

⁶ Prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France, en 2013

⁷ Bactéries Multi-Résistantes

- Cas particulier du diabète

- Niveau de prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France [66].

- « Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'obésité et le manque d'activité physique font partie des éléments favorisant le développement du diabète. La prévalence du diabète traité ne cesse d'augmenter depuis les premières estimations réalisées à partir des bases de données de l'assurance maladie (CNAMTS), en 1998. »
- En cohérence avec la moyenne européenne, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement était de 4,7 % en 2013, ce qui représente environ 3 millions de personnes en France.

- Rappel : le diabète présente un important niveau d'interaction bidirectionnelle avec les pathologies bucco-dentaires [13].

- C'est pourquoi, il est instruit que « afin de maintenir les résultats obtenus et de prévenir les récurrences, des visites régulières de tout patient diabétique chez le chirurgien-dentiste sont nécessaires.
- » Les recommandations établies en France par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (Anaes) indiquent un délai maximal de six mois entre les rendez-vous de contrôle. » [50].

- Or, le suivi de ces recommandations de bonnes pratiques cliniques reste encore très insuffisant : en France, seulement 36% des diabétiques ont consulté leur chirurgien-dentiste au moins une fois durant les années 2001, 2007 et 2013, avec une évolution négligeable entre ces années de mesure.

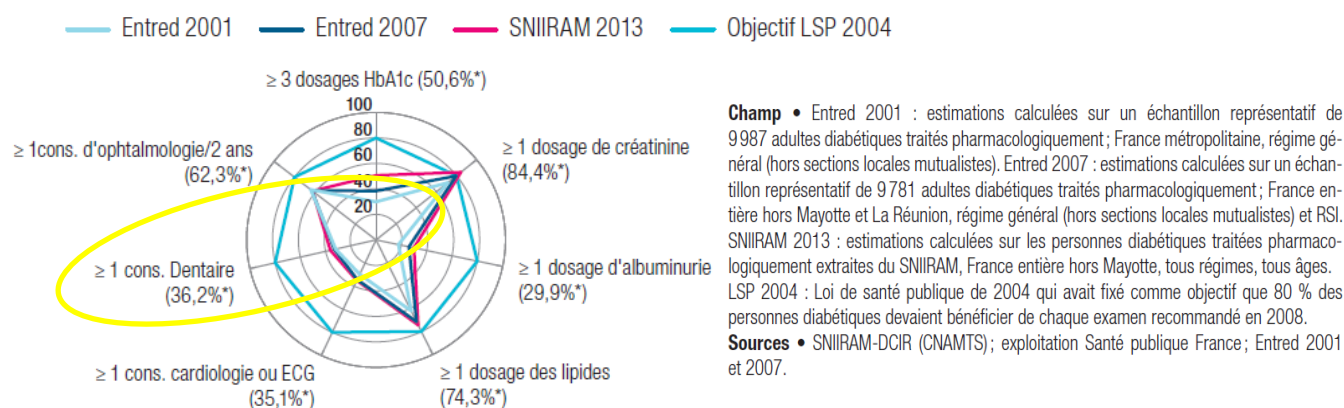


Figure 61 : Proportion de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement ayant bénéficié des examens recommandés, en 2001, en 2007 et en 2013

[D'après : DREES, Santé Publique France, 2017]

- La prévention comme moyen de lutte contre la résistance aux antibiotiques

☞ « La résistance aux antibiotiques (RATB) constitue un problème de santé publique majeur.

- » L'étude BURDEN conduite par [l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et par] Santé publique France en 2015 estime que 158 000 infections à bactéries multirésistantes (BMR) surviennent chaque année en France, dont 16 000 infections invasives ; 12500 décès sont associés à ces infections (dont 2 700 aux infections invasives).
- » Le développement de la RATB se traduit par une réduction de l'arsenal thérapeutique et peut conduire, par l'émergence de multirésistances, à des impasses thérapeutiques. Son développement est lié à la pression de sélection exercée par les antibiotiques prescrits en santé humaine et animale (animaux d'élevage et animaux domestiques) et à la diffusion des BMR.
- » La diminution de l'exposition des populations aux antibiotiques est ainsi un point majeur dans la lutte contre la RATB. [...]
- » Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins constitue une priorité (Axe 2) du Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015. » [66].

☞ L'OMS prévoit une augmentation progressive et inquiétante de la RATB dans l'avenir.

- Ainsi la « *Review on Antimicrobial Resistance* a conclu qu'au niveau mondial, si rien n'est fait pour la contrer, la résistance aux antibiotiques pourrait conduire d'ici 2050 à 10 millions de décès [annuels] et coûter à l'économie plus de 100 000 milliards de dollars. » [62].
- Dans l'éditorial introduisant le document intitulé « Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable » [63], les auteurs nous rappellent que « la consommation d'antibiotiques en ville, qui s'était réduite après 2002, reste très élevée.
 - » La France se situe parmi les pays les plus consommateurs en Europe, juste derrière la Grèce. Elle consomme 30 % de plus que la moyenne européenne, 3 fois plus que les pays les plus vertueux, qui nous sont à bien des égards comparables.

- » Cette surconsommation entraîne une dépense injustifiée de 71 millions d'euros par rapport à la moyenne européenne, et de 441 millions par rapport aux pays les plus vertueux. » [63].

☞ Conclusion :

- La quasi-totalité des incidences de pathologies de la dent et du parodonte étant d'étiologie bactérienne, le chirurgien-dentiste est régulièrement amené à prescrire une antibioprofylaxie ou une antibiothérapie.
- Dans le domaine de l'odontologie, au minimum par égard à la problématique de la RATB, la France aurait tout intérêt à miser sur la prévention.

« [...] Je pense que l'introduction d'hygiénistes en France est primordiale, comme il y a des spécialistes en implanto, ortho, endo...

Malheureusement ces actes ne sont que très peu valorisés par la sécu et donc souvent délaissés par les praticiens lambda, les patients sont souvent mal pris en charge et les explications de la maladies paro ainsi que le l'hygiène sont bâclées, et on se retrouve avec beaucoup de patients atteints de parodontites non pris en charge et ignorants de leur état de santé bucco-dentaire et nous retrouvons devant une situation qui nécessite des actes tels que l'extraction alors qu'une prise en charge précoce aurait bien sûr évité cet échec thérapeutique. » Dr Joubert Clémence, chirurgien-dentiste des Bouches-du-Rhône

« Les hygiénistes dentaires seraient extrêmement bénéfiques si un rôle auprès des patients dépendants en institution était possible (soutien des équipes soignantes pour l'hygiène au quotidien afin d'améliorer la prise en charge de nos aînés) » Anonyme, chirurgien-dentiste de la Marne.

3.1.3 Enseignement à l'hygiène de vie : état des lieux sur les habitudes de vie en France et axes d'améliorations

D'après le chapitre « Facteurs de risques, habitudes de vie et prévention » du rapport 2017 sur « L'état de santé de la population en France » [66] et d'après les résultats de notre sondage.

- Consommation à risque et dépendance

☞ Alcool

➤ Synthèse du rapport de la DREES :

- « En 2014, la quantité d'alcool pur mise à disposition des consommateurs sur le territoire français s'établit à 12,0 litres par habitant âgé de 15 ans et plus. Cette quantité équivaut à une moyenne de 2,6 verres standards (verres d'alcool contenant 10 grammes d'alcool pur) par habitant de 15 ans et plus et par jour. [...]
- » Chez les adultes, 19 % consomment régulièrement de l'alcool et 10 % quotidiennement, les hommes étant environ trois fois plus nombreux à consommer de l'alcool tous les jours que les femmes. [...]
- » Contrairement à l'évolution des consommations quotidiennes, stables depuis 2005, les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (API) sont en augmentation.
 - » Entre 2010 et 2014, le pourcentage de personnes ayant eu au moins une API dans l'année est passé de 36 % à 38 % parmi les 18-75 ans, et de 52 % à 57 % parmi les 18-25 ans.
 - » À 17 ans la consommation régulière d'alcool concerne un jeune sur dix, beaucoup plus souvent les garçons que les filles. » [66].

➤ Données de notre sondage :

- Parmi notre échantillon à prédominance féminine de 227 « patients », 2,1 % attestent boire « tous les jours », 18,5 % « plusieurs fois par semaine », et 17,4% « une fois par semaine ». Nous n'avons pas interrogé sur la quantité.
- En additionnant ces chiffres, nous pouvons écrire que 38 % de la population sondée consomme de l'alcool régulièrement, dont plus de la moitié à une fréquence néfaste pour la santé (estimée arbitrairement à plus d'une fois par semaine).

☞ Tabac

- Synthèse du rapport de la DREES :
 - « En 2014, 32,9 % des hommes et 24,6 % des femmes de 18 à 75 ans déclarent fumer quotidiennement. Après la hausse observée entre 2005 et 2010 faisant suite à plusieurs décennies de baisse, la prévalence du tabagisme quotidien apparaît en légère diminution en 2014 (de 29,7 % en 2010 à 28,6 % en 2014). [...]
 - » Parallèlement, après une période de relative stabilité entre 2005 et 2010, les ventes de tabac avaient amorcé une diminution jusqu'en 2014. L'année 2015 marque la fin de cette période, avec la première hausse des ventes depuis 2010, dans un contexte où les prix sont stables depuis janvier 2014 et les achats transfrontaliers ne semblent pas s'être accentués.
 - » Malgré une baisse non négligeable, l'exposition au tabagisme au domicile reste assez importante puisqu'en 2014, plus d'un quart (27,5 %) de la population française âgée de 18 à 75 ans déclare que quelqu'un fume à l'intérieur de leur foyer. » [66].
- Données de notre sondage : 20 % de l'échantillon sondé a déclaré fumer quotidiennement.

☞ Drogues illicites : Synthèse du rapport de la DREES

- « En 2014, l'usage régulier de cannabis à 17 ans (au moins 10 usages dans le mois) concerne 9,2 % des jeunes, et est en hausse relativement à 2011 (6,5 %). La consommation régulière de cannabis chez les adultes de 18 à 64 ans s'élève à 3,1 % et est également en augmentation par rapport à 2010.
- » L'expérimentation d'une substance illicite autre que le cannabis à 17 ans concerne 8,8 % des jeunes en 2014 : l'expérimentation d'ecstasy/MDMA enregistre une très nette hausse sur la période 2011-2014 alors que celle des produits détournés de leur usage (poppers, produits à inhaler) est en diminution.
- » En 2014, 147 000 personnes bénéficient d'un remboursement pour un médicament de substitution aux opiacés (MSO) délivré en officine de ville. Les CSAPA ont dispensé un MSO à près de 23 000 patients. La consommation de MSO rapportée à la population âgée de 20 à 49 ans en France est en augmentation de 10 % sur la période 2010-2015. » [66].

- Nutrition, sédentarité et activité physique

☞ Surpoids et obésité

➤ Chez l'adulte

- « Après de fortes augmentations des prévalences de surpoids et d'obésité chez les adultes depuis les années 1980 jusqu'au début des années 2000, la moitié des adultes est actuellement en surpoids ou obèse et un adulte sur six est obèse.
- » Les dernières évolutions, fondées sur des données de poids et taille déclarés, laissent penser que ces prévalences continuent d'augmenter, même si cet accroissement semble ralenti. » [66].

➤ Chez l'enfant

- « Depuis les années 2000, ces prévalences ont tendance à se stabiliser, voire à marquer un léger recul parmi les plus jeunes (5-6 ans).
- » Cette stabilisation s'accompagne néanmoins de fortes inégalités à la fois sociales et territoriales. » [66].

Classes	Dernière année de recueil	Sexe	Surpoids (obésité incluse)	Surpoids (hors obésité)	Obésité
CM2	2014-2015	Ensemble	18,1	14,5	3,6
		Garçons	17,4	14,0	3,4
		Filles	19,0	15,1	3,9
Grande section de maternelle	2012-2013	Ensemble	11,9	8,4	3,5
		Garçons	10,4	7,3	3,1
		Filles	13,5	9,7	3,8

Tableau 53 : Prévalences du surpoids et de l'obésité selon le sexe en grande section de maternelle et en CM2 (en %)

[Source : DRESS, Santé Publique France, 2017]

Champ • France entière (hors Mayotte avant 2014), élèves scolarisés en grande section de maternelle et en CM2.

Sources • Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire (DREES-DGESCO).

☞ Sédentarité et activité physique

➤ Mise en garde sur l'interprétation des données :

- « La description de l'activité physique peut reposer sur des mesures objectives (accéléromètres, podomètres...), mais leurs contraintes amènent à souvent utiliser des informations déclaratives sur les pratiques des individus, ce qui nécessite d'être prudent quant à leur interprétation. » [66].
- D'autre part, les recommandations françaises concourant à lutter contre la sédentarité ont été mises à jour postérieurement à l'écriture de ce rapport, avec des modifications à la hausse de la quantité d'activité physique recommandée, et une différenciation du besoin en fonction de l'âge de l'individu (tableau 54).

- Synthèse du rapport de la DREES :
 - « Les niveaux observés d'activité physique, que celle-ci soit mesurée de façon globale ou par la pratique habituelle d'un sport, apparaissent insuffisants par rapport aux recommandations. La pratique semble, en effet, suffisante pour seulement la moitié des adultes avec des variations importantes selon le sexe et le niveau social des individus.
 - » Le temps passé devant des écrans est, quant à lui, élevé : la majorité de la population, aussi bien chez les adultes que chez les enfants au-delà d'un certain âge, passant plus de 3 heures par jour devant un écran, en dehors des temps de travail ou scolaire. » [66].
- Données de notre sondage :
 - Seuls 33,3 % des répondants attestent faire l'équivalent de 30 minutes d'effort plus d'une fois par semaine, et moins de 10% ont coché « tous les jours ».
 - Par ailleurs, 25 % de cette population déclarent faire l'équivalent de 30 minutes d'effort moins d'une fois par mois.

Tableau 54 : Nouvelles recommandations de l'OMS en matière d'activité physique

[Source : documents personnels]

Cible	Minimum requis	Bienfaits supplémentaires	Renforcement musculaire
Enfants et ado. de 5 à 17 ans	Au moins 60 minutes quotidienne d'activité physique d'intensité modérée à forte	Ajouter une activité physique d'une durée supérieure à 60 mn. /jour	Ajouter une activité renforçant les muscles et les os au moins 3 fois par semaine.
Adultes de 18 à 64 ans	Au moins 150 minutes hebdomadaires d'activité physique d'intensité modérée ; ou au moins 75 minutes hebdomadaires d'activité physique intense ; ou une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée à forte	Ajouter 300 minutes par semaine d'activité physique d'intensité modérée ou l'équivalent	Ajouter des activités de renforcement musculaire mettant en jeu les principaux groupes de muscles 2 jours par semaine ou plus
Adulte de 65 ans et plus	Au moins 150 minutes hebdomadaires d'activité physique d'intensité modérée OU au moins 75 minutes hebdomadaires d'activité physique intense OU une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée à forte	Ajouter 300 minutes par semaine d'activité physique d'intensité modérée ou l'équivalent	Ajouter des activités de renforcement musculaire mettant en jeu les principaux groupes de muscles 2 jours par semaine ou plus
Personnes à mobilité réduite : activité physique pour améliorer l'équilibre et prévenir les chutes 3 jours par semaine ou plus.			

☞ Consommation de fruits et légumes

- Synthèse du rapport de la DREES :
 - « Les fruits et légumes apparaissent comme insuffisamment consommés par la population en France : seulement 40 % de la population a une consommation en fruits et légumes conforme aux recommandations du Programme national nutrition santé.
 - » D'importantes disparités socio-économiques sont observées avec, dans les populations les plus précaires comme les bénéficiaires de l'aide alimentaire, de très faibles fréquences de consommation.
 - » Seule la moitié des enfants consomment chaque jour des fruits et des légumes. » [66].
- Données du sondage :
 - Seul un tiers de l'échantillon déclare manger des fruits tous les jours et un autre tiers plusieurs fois par semaine. Presque 10 % attestent manger des fruits moins d'une fois par mois.
 - Les trois quarts de la population sondée déclarent manger des légumes plusieurs fois par semaine ou tous les jours.

☞ Quantité et qualité du sommeil

- Toujours d'après notre sondage, seulement 26,7 % des personnes sondées déclarent dormir suffisamment toutes les nuits, et 31,3 % plusieurs fois par semaine.
- Ces chiffres impliquent que plus d'un tiers de notre échantillon ne dort pas suffisamment la grande majorité du temps.
- Le dépistage des individus souffrant de fatigue chronique pourrait aider la prise en charge du stress, fléau du XXI siècle dont découle de nombreux risques reconnus ou probables, tels que, entres autres :
 - Les consommations à risque évoquées précédemment
 - Une diminution globale de l'immunité
 - Exacerbation de l'expression des processus auto-immuns
 - Manifestations psychosomatiques variées, aux implications diverses et aux risques plus ou moins importants

- Bilan des besoins de la population française

☞ Sensibilisation :

- Les actions communautaires françaises de sensibilisation ne débouchent pas sur une diminution significative de la prévalence des comportements à risque.
- Une sensibilisation personnelle, basée sur le risque individuel serait difficile à mettre en place sans moyens matériels et humains supplémentaires. Or, les hygiénistes dentaires pourraient jouer un rôle de « sentinelles » vis-à-vis de la vigilance à accorder aux conduites à risque et aux comportements.
- De plus, les techniques de communication appliquées à la motivation à l'hygiène bucco-dentaire pourraient aisément s'appliquer à la « motivation à l'activité physique » ou à la « motivation à manger des fruits et des légumes ».

☞ Dépistage et repérage : la place privilégiée du professionnel de santé bucco-dentaire.

- Se reporter au chapitre I, [partie 2.2.3](#) : « Dépistage des comportements à risque : le RPIB » et « Comportements nuisibles dépistables en bouche »
- Par rapport aux besoins des Français, le métier d'hygiéniste dentaire pourrait facilement trouver matière à s'appliquer à l'ensemble des habitudes de vie : « Les professionnels de santé peuvent repérer parmi les habitudes individuelles de vie des conduites potentiellement à risque pour la santé et pour lesquelles un échange et une information sont justifiés. » [77].

☞ Accompagnement au sevrage :

- De la même façon que l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire passe par le changement de certaines habitudes, l'accompagnement au sevrage des patients relativement peu dépendants pourrait être pris en charge par des hygiénistes dentaires.
- Par ailleurs, les cas de fortes dépendances pourraient être ainsi « filtrés » et les patients adressés à un addictologue : le suivi des soins de sevrage n'en serait qu'amélioré.

Conclusion sur les intérêts en Santé Publique

Les professionnels de santé doivent se responsabiliser dans leur rôle de « maîtres en matière de prévention ». Ce constat correspond aux directives du rapport de Santé Publique France d'août 2017, à vocation de synthèse pour les professionnels, sur les recommandations de l'Agence française de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du travail (=Anses) [82].

En effet, l'intervention spontanée en matière de prévention auprès du patient est une solution qui s'est avérée efficace et peu coûteuse, par exemple à travers le concept du RPIB. Elle est, en outre, un des rares moyens de combattre les inégalités sociales de santé en étant apte à toucher profitablement les personnes les plus démunies au détour d'une consultation prise en charge par la sécurité sociale.

En outre, l'amélioration de la santé des individus induirait des économies sur les dépenses de Santé Publique, certes, à long terme, mais durables [83]. Pourtant, le gouvernement français a beau évoquer la prévention comme étant à la base de tout le système de santé, ses actions dans le sens de sa promulgation restent insuffisantes ou inefficaces, voire rétrogrades : le budget alloué au seul programme de prévention bucco-dentaire collectif, le « programme *M'T dents* », fut réduit en 2014 au point que le nombre d'enfants rencontrés dans les écoles a seulement atteint 8% de celui de 2013 [60]. En parallèle, dans beaucoup de pays comparables au nôtre, c'est une proportion grandissante des écoles, des entreprises, des hôpitaux, etc. qui sont visitées par des chirurgiens-dentistes et des hygiénistes dentaires pour promouvoir et enseigner les bonnes pratiques de l'hygiène bucco-dentaire.

Des commentaires, libres et facultatifs, relatifs au sujet du métier d'hygiéniste dentaire en France furent recueillis en grand nombre grâce à notre sondage, et les chirurgiens-dentistes de France ont partagé avec nous leurs opinions, très souvent l'expression de l'accablement que leur inspire l'organisation de la prévention en France. Le Docteur Jean-Marc Dersot, ancien président de la Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale (SFPIO) nous a fait l'honneur de parler au nom de sa communauté et du Syndicat National des Parodontistes et des Implantologistes (SNPI).

« *La CNSD, longtemps syndicat majoritaire, a manipulé les praticiens en leur faisant peur. Tous ou presque tous les pays qui ont une frontière avec la France ont des hygiénistes. En France, 50 % des 35-65 ans et 83 % des 65-74 ans ont une parodontite. Après 50 ans, la majorité des dents est extraite pour des raisons parodontales. Il est grand temps de prendre en charge la santé parodontale des français négligée par la NGAP, et à peine plus considérée par la CCAM. Même si cela gêne beaucoup de praticiens, la parodontie est au centre de la dentisterie. La Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale (SFPIO) et le Syndicat National des Parodontistes et des Implantologistes (SNPI) sont totalement favorables à la création d'un corps d'hygiénistes en France qui exerceraient dans des cabinets dentaires, sous la responsabilité et sous la prescription des praticiens. Ces hygiénistes ne sont pas destinées exclusivement aux cabinets de parodontie, mais en omnipratique, en orthodontie, en dentisterie pédiatrique, en implantologie, etc..., etc...* » Dr. Jean-Marc DERSOT, ancien président de la SFPIO, chirurgien-dentiste à Paris.

« *Je pense que c'est une question de santé publique et que le besoin est immense, cela s'inscrirait parfaitement une politique de prévention en santé publique (s'il y avait une réelle volonté gouvernementale dans ce sens)* » Anonyme, étudiant en chirurgie-dentaire.

« *Nous en manquons cruellement* » Anonyme, chirurgienne-dentiste de l'Aude.

« *Indispensable, comme dans la plupart des pays développés* » Nicolas Gheck, chirurgien-dentiste des Landes ;

« *Une réflexion indispensable à intégrer à une politique de prévention.* » Anonyme, chirurgienne-dentiste de Paris ;

3.2 À moyen terme : les bénéfiques en odontologie libérale

3.2.1 Les axes d'épanouissement du chirurgien-dentiste

- Amélioration du confort de travail au cabinet dentaire

↳ Assouplissement du planning

- Augmenter l'effectif de l'équipe de soins en y incluant un auxiliaire pouvant effectuer certains actes, permettrait une meilleure gestion de l'organisation en augmentant la souplesse du planning de rendez-vous, et ainsi une diminution du stress ressenti par le chirurgien-dentiste.
- Si besoin est, il serait possible de procéder à un système de délégations à l'image de vases communicants, et ainsi, par exemple, se répartir les urgences ou d'autres soins imprévus pouvant être pratiqués par l'un ou l'autre des praticiens (hygiéniste dentaire ou chirurgien-dentiste) en fonction de la quantité de retard accumulé dans la journée de l'un et de l'autre.
- Au global, l'amélioration de la disponibilité des soins procurerait davantage de liberté dans l'organisation des rendez-vous.

« *Très bonne idée pour l'intérêt des patients et leur santé buccale ainsi qu'à leur prise en charge par les dentistes. Pour les cas d'urgences en particulier, les Dentistes seraient beaucoup plus disponibles, auraient en tout cas des rendez-vous bien plus accessibles, et je suppose que les chirurgiens-dentistes seraient plus épanouis dans leur métier journalier, du fait de la qualité de leurs prestations.* » Corinne Gazagnes, Infirmière libérale.

↳ Ajustement des méthodes de travail en fonction des caractéristiques de la patientèle

- Nous pouvons imaginer que chaque chirurgien-dentiste pouvant déléguer certains soins aurait la liberté relative de répartir les secteurs de responsabilités entre chirurgien-dentiste et auxiliaire selon les besoins de la population de patients propre au cabinet dentaire.
- D'autre part, l'augmentation de la disponibilité donne aussi l'opportunité de prendre le temps nécessaire pour effectuer les actes et de mener les protocoles opératoires selon les données acquises de la science, voire d'y faire du zèle.

« *Une piste très intéressante sur la voie de l'intégration des chirurgiens-dentistes dans une équipe de soins pluridisciplinaire ainsi qu'une réponse possible au développement des actes de prévention qui nous font cruellement défaut.* » Aymeric B. 5ème année
Clermont-Ferrand

« *Il faut assurer la prévention primaire et secondaire : former des hygiénistes coûterait moins cher aux finances publiques que de former des dentistes pour réaliser cette prévention. Les dentistes se concentreraient sur les actes plus techniques. Cela amènerait donc à une augmentation de l'accès aux soins avec plus de prévention.* »
Anonyme, chirurgien-dentiste de Paris.

☞ « Travailler dans des bouches propres »

- L'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire des patients et l'apprêt de la denture à recevoir des soins de qualité augmente le confort, voire le plaisir dans l'exécution des actes du chirurgien-dentiste.
- Les symptômes d'une mauvaise gestion de plaque comme les saignements spontanés de la gencive contrarient la prévisibilité des traitements et sont une source de contrariété dans une activité professionnelle qui se veut efficace.
- D'autre part, un mauvais entretien des reconstitutions, qu'elles soient prothétiques ou conservatrices augmente les risques d'échec thérapeutique et de récurrence.

« *J'imagine plutôt des hygiénistes au sein d'un cabinet dentaire (saliés, en collaboration, peu importe) qui travaillent en amont des soins réalisés par le dentiste plutôt que les hygiénistes de leur côté, et les dentistes de l'autre... d'où mes réponses. Je pense que ce serait plus efficace de cette façon.* » Anonyme, chirurgien-dentiste de l'Isère.

« *Il est indispensable pour la stabilité des traitements d'enfin avoir des hygiénistes !* »
Anonyme, chirurgien-dentiste de l'Indre-et-Loire

- Amélioration du rendement financier

- ↪ Augmentation de la proportion des actes à meilleure valeur ajoutée [20]

- Les soins demandant le plus de qualifications se retrouveraient concentrés au planning du chirurgien-dentiste, et les honoraires à leur mesure permettraient au praticien qui délègue certains soins d'optimiser son rendement, et ainsi de mieux s'adapter au poids de la charge financière de son cabinet.
- De plus, cette concentration des actes « non déléguables » permet au chirurgien-dentiste d'accroître sa vitesse de perfectionnement et de gain d'efficacité, en particulier en début de carrière.
 - C'est en effet la quantité de pratique et l'auto-évaluation professionnelle succédant à la formation universitaire qui permettent de terminer l'apprentissage de l'art dentaire.
 - Le diplôme de docteur en chirurgie dentaire est une autorisation pour exercer l'odontologie, et non une attestation de pratique idéale et optimisée.

- ↪ Dégagement d'un chiffre d'affaire supplémentaire lié aux actes facturables de l'hygiéniste dentaire : voir parties 3.2.2 et 3.2.3 de ce chapitre.

- ↪ Comblement de l'éventuelle augmentation de la disponibilité par l'augmentation du recours aux soins :

- Cette même disponibilité, qui serait nouvellement acquise et liée à la délégation d'actes chronophages, permettrait l'organisation d'un meilleur suivi des patients, comme cela se fait couramment en Allemagne et aux Pays-Bas, entre autres, avec des rappels annuels de consultations de contrôle [61].
- Actuellement, la démographie est si basse dans certains endroits de France que, si de tels moyens se développaient dans le domaine de l'odontologie, les capacités d'accueil des cabinets dentaire ne pourraient pas suivre [Annexe 5].

« *Pour moi pas de recours en première intention, mais nous aiderait beaucoup dans le suivi des patients après traitement, le fameux contrôle-détartrage et le dépistage chez les enfants.* » Anonyme, chirurgien-dentiste du Morbihan.

« *Il faut des hygiénistes dentaires si on souhaite un suivi décent de nos patients !!* » Anonyme, chirurgien-dentiste de Gironde.

« *Il serait temps qu'une véritable stratégie de prévention soit mise en œuvre à travers le métier d'hygiéniste pour le plus grand bien des patients. Une formidable opportunité de développement de carrière pour nos assistantes. Et un "booster" pour le chiffre du cabinet ! Que des gagnants !!* » Anonyme, chirurgien-dentiste des Alpes-Maritimes.

« *Vu l'arbitrage, ça va devenir une nécessité pour maintenir l'hygiène bucco-dentaire des patients sans faire couler le cabinet 😊* » Cailleau Léa, étudiante en chirurgie dentaire.

« *Idiot de ne pas [en] avoir [d'hygiéniste dentaire] : cela dégage du temps pour des actes à meilleure valeur ajoutée* » Anonyme, chirurgien-dentiste français exerçant au Luxembourg.

- Donner une nouvelle valeur aux acquis des six années d'études en omnipratique

🔗 Capacités versus compétences

- Il existe une différence entre les définitions de ces deux mots à ne pas confondre :
 - La compétence est acquise avec une formation ou un enseignement : un diplôme, par exemple, témoigne d'une ou plusieurs compétences.
 - La capacité est l'aptitude à mener à bien une action, une activité, un acte, et découle généralement de l'expérience.
- Pendant sa formation théorique et pratique qui s'étale sur six ans, le chirurgien-dentiste acquiert des compétences. Une fois diplômé, il doit juger lui-même de ses capacités (comme dans beaucoup de professions libérales) et ainsi connaître les limites de sa pratique.
 - Il va, par la suite, perfectionner ses capacités avec la pratique, et arriver plus ou moins rapidement à un « plateau » : stade d'inertie où un ensemble de freins peut venir contrer ce perfectionnement.
 - Il peut aussi souhaiter élargir ses compétences, mais pouvant difficilement « s'entraîner » sur des patients qui deviendraient des cobayes, cette ambition doit généralement passer par des formations post-universitaires.

☞ Perfectionnement des capacités et élargissements des compétences

- Sortir du stade de « plateau » où l'efficacité et les capacités stagnent, ou bien repousser l'arrivée de cette période le plus loin possible dans le temps de sa carrière, demande au chirurgien-dentiste un certain nombre de concessions :
 - Il doit acquérir un recul sur ses plans de traitement, et donc d'un suivi efficient des patients dans le temps, afin de stimuler son auto-évaluation et les corrections qu'il peut porter à sa méthode de travail.
 - Il doit pouvoir consacrer de l'énergie aux actes à risque d'échec (en restant dans les limites de ses capacités), et prendre le temps de les mener à bien, et réitérer ce challenge jusqu'à y améliorer son efficacité et sa confiance en lui.
- D'autre part, avec ses compétences de chirurgien-dentiste généraliste, il peut souhaiter développer ses capacités professionnelles, comme par exemple poser des implants ou être capable de mener certains traitements orthodontiques dans le cadre de son omnipratique.
 - De nombreuses formations post-universitaires existent dans cette optique. Et comme toutes formations, elles représentent un investissement en temps et en argent qu'il faut pouvoir rentabiliser.
 - Si la pratique du chirurgien-dentiste est surchargée de soins de maintenance, d'urgences et de soins interventionnels, la lucidité le poussera à se soumettre à l'évidence qu'un élargissement de ses compétences serait déraisonnable et inapproprié aux besoins de sa patientèle.

☞ Opportunité de pousser les plans de traitement plus loin

- L'ensemble de l'augmentation de la disponibilité, de l'amélioration du rendement du cabinet dentaire, de l'élargissement des compétences, du perfectionnement de l'hygiène bucco-dentaire des patients et de l'optimisation du maintien dans le temps des réhabilitations, permettraient au chirurgien-dentiste omnipraticien de repousser toujours plus loin les bienfaits de ses plans de traitement.
- Ainsi, les patients bénéficieraient d'une offre de soins de meilleure qualité, plus complète, bénéfique, et plus proche de chez eux ; et les chirurgiens-dentistes auraient enfin une chance de voir grandir leur sentiment d'accomplissement professionnel.

« Absolument nécessaire au point de vue de la santé bucco-dentaire, le dentiste est trop formé et n'a pas le temps à mon sens de réaliser des motivations à l'hygiène. Pour connaître une consœur qui travaille en Allemagne, les hygiénistes libèrent du temps pour le chirurgien-dentiste, assurent la motivation à l'hygiène et les résultats sont là : les patients font visiblement beaucoup plus attention. À mon sens, les hygiénistes ont un rôle prépondérant dans la prévention... Ce cher terme qu'on ne connaît pas en France, même si les BBD enfant/ado/maternité font du bien, c'est insuffisant.

Ayant la volonté de faire plusieurs formations post universitaire, je trouve dommage et fatigant de revoir tous les patients tous les 6 mois pour des détartrages, cela surcharge inutilement nos plannings. Un hygiéniste motivé vaut bien mieux qu'un dentiste surchargé. » Anonyme, chirurgien-dentiste du Gers.

« Les hygiénistes seraient de vrais acteurs de Prévention en Santé bucco-dentaire et seraient au centre d'une politique de santé publique visant à améliorer à la fois l'hygiène bucco-dentaire de notre population et à faciliter l'accès aux soins dentaires. Les hygiénistes seraient d'accès aisé par des tarifs moins onéreux que de la prévention faite par un chirurgien-dentiste, obligé de demander des honoraires en rapport avec le rendement des cabinets high Tech actuels, au coût horaire d'un chirurgien-dentiste, et aussi correctement pris en charge (bien qu'une petite partie restant à charge soit fondamentale afin de responsabiliser le patient !)

Application de vernis fluorés ; détartrages : soit bâclés, soit transformés en devis de paro ; motivation à l'hygiène... C'est bien, mais je n'ai pas fait 6 ans d'études pour apprendre à 90 % de mes nouveaux patients à tenir une brosse à dents... et pourtant je passe au moins 20 min par nouveau patient à cela, non rémunéré...

Les chirurgiens-dentistes pourraient alors se concentrer sur les réhabilitations esthétiques des sourires et des fonctions par les techniques adhésives, les actes parodontaux avancés, implants, prothèses, occlusodontie, endo.

Pour moi, les hygiénistes ont toute leur place dans tous les cabinets dentaires pour éviter d'emboliser l'emploi du temps du chirurgien-dentiste par des motivations à l'hygiène, des maintenances hors de prix, ou des détartrages à perte à 29 euros... Ils auraient aussi leur place dans les structures publiques ou privées à des fins de sensibilisation de la population à la santé bucco-dentaire.

À Cagliari (Sardaigne) sur un étage de fac : 20 dentistes en formation, et de l'autre côté du couloir, 20 hygiénistes en formation, travail d'équipe fondamental !! » Anonyme, chirurgienne-dentiste des Bouches-du-Rhône.

« *Évolution souhaitable car on sait que la prévention a un impact réel dans notre domaine et n'est pas assez mise en avant. Je passe beaucoup de temps au cabinet à faire un travail de motivation qui serait confié à un hygiéniste dans d'autres pays.* » P. Le Guédard, chirurgien-dentiste d'Ille-et-Vilaine.

« *Cela permettrait d'utiliser les compétences des dentistes acquises en 6 années d'études en déléguant les tâches simples.* » Anonyme, chirurgien-dentiste de Haute-Marne.

« *Évolution logique vers une prévention accrue, 6 ans d'études pour juste détartrer des dents c'est beaucoup de formation pour faire le ménage !* » Anonyme, chirurgien-dentiste du Bas-Rhin

« *Indispensable à mettre en place chez nous !! Ça résoudrait beaucoup de nos problèmes !! On passe au moins 30 % de notre temps à faire du travail de technicien !! Il ne faut pas avoir fait de Bac +5 et être passé par la PACES pour faire un détartrage. Comme dit dans mes réponses, tous ces actes sont effectués évidemment sous la supervision d'un dentiste !* » Hugues de Bosredon, étudiant en chirurgie dentaire : T1 Bordeaux (6eme année effectuée à l'Université Laval au Canada)

3.2.2 Hypothèses de condition de travail de l'hygiéniste dentaire

- En indépendance d'installation et de pratique

☞ Le danger du risque de concurrence relative entre chirurgien-dentiste et hygiéniste.

- Ce risque existe, et il doit être absolument évité. Cela dit, il serait peu probable si les règles régissant la profession d'hygiéniste dentaire sont adroitement établies : la complémentarité des soins de prévention et de thérapie interventionnelle sont telles qu'une confusion pourrait difficilement apparaître.
- Si nous souhaitons imaginer la tournure que prendrait l'organisation des soins bucco-dentaire en France si les hygiénistes dentaires pratiquaient en indépendance des chirurgiens-dentistes, nous avons moult exemples dans l'organisation des autres soins médicaux et paramédicaux qui s'articulent autour du médecin généraliste : kinésithérapeutes, infirmier(ère)s, sages-femmes, podologues, et tous les médecins spécialistes.
 - Il est établi en France qu'un patient doit suivre le « parcours de soins », et consulter de prime abord son médecin traitant et être adressé par ordonnance à un spécialiste s'il veut être remboursé de ses soins au moins partiellement. Le médecin généraliste a un rôle central de dépistage.
 - Dans cette configuration d'indépendance de l'hygiéniste dentaire, le chirurgien-dentiste devrait jouer le rôle de « médecin dentaire généraliste ».
- Aussi, le chirurgien-dentiste garderait la liberté d'effectuer lui-même les soins de prévention, à l'instar du médecin généraliste qui peut choisir de changer un pansement à la place d'un(e) infirmier(ère) ou promulguer des soins de tout type de spécialité médicale, car ses compétences le lui permettent.

☞ La disparition des avantages d'ajustement au sein du cabinet

- La plupart des avantages pour le chirurgien-dentiste libéral disparaîtraient si ce mode d'exercice des hygiénistes dentaires était préféré à une association entre les deux professionnels au sein du même cabinet.
- En particulier, les bénéfices de l'ajustement de la répartition des actes et tâches déléguables diminueraient, et l'amélioration du rendement financier serait retranchée du chiffre d'affaire de l'hygiéniste dentaire.

↪ Une fausse idée d'alternative risquerait d'éclipser la réalité de la complémentarité : le commentaire du Dr. Menet :

« *Pour moi, les hygiénistes sont indispensables. Cependant, comme c'est un concept nouveau en France, je pense que dans un premier temps, ils doivent être salariés, sous la supervision d'un dentiste. Les deux sont complémentaires, et si les hygiénistes s'installent seuls en libéral, le patient serait tenté de croire qu'il peut voir soit l'un soit l'autre alors que les 2 sont indispensables.*

D'autre part, je ne conçois pas l'hygiéniste comme le larbin du dentiste qui s'occuperait des anesthésies, par exemple, pour faire gagner du temps. C'est un métier qui doit être axé sur la prévention avec apprentissage et motivation à l'hygiène, contrôle et détection des problèmes avec des examens complets, radios incluses, et la réalisation des détartrages. C'est un hygiéniste comme cela que je voudrais dans mon équipe. » Dr. Frédérique Menet, chirurgien-dentiste du Nord.

↪ En outre, une installation indépendante pourrait éventuellement être bénéfique dans les zones les moins dotées en chirurgiens-dentistes.

- À défaut d'avoir accès aux soins d'un chirurgien-dentiste, l'accès aux soins de maintenance d'une hygiéniste dentaire pourrait être très bénéfiques aux patients qui sont géographiquement très éloignés du plus proche cabinet dentaire ou qui devraient attendre des mois pour un rdv de contrôle.
- Cette configuration conviendrait parfaitement aux zones démographiques à très faible densité en chirurgiens-dentistes, ainsi que dans les zones qui présenteraient quelques chirurgiens-dentistes, mais ne pouvant pas employer les services d'une hygiéniste dentaire à leurs cabinets.

- En collaboration libérale avec au moins un chirurgien-dentiste

☞ Avantages

- L'ensemble des avantages que nous avons présentés précédemment pourraient se développer, en laissant le soin aux chirurgien-dentiste et hygiéniste de définir les termes de rétrocession sur le chiffre d'affaire.
- Le statut libéral est financièrement plus intéressant que le statut salarial, et les dispositions du contrat de travail sont ajustables entre les protagonistes.
- La répartition de la responsabilité des actes reste à définir : d'après les résultats de notre sondage, il apparaît évident que l'hygiéniste dentaire peut endosser la responsabilité de certains des actes délégués, mais que d'autres doivent rester sous la supervision ou sur la prescription du chirurgien-dentiste.

☞ Inconvénients

- Nécessité d'un fauteuil disponible ou d'un local pour y installer un nouveau fauteuil, ou bien de partager le planning d'un même fauteuil.
- A la base, le statut libéral définit que la responsabilité d'un geste incombe à celui qui l'exécute : instaurer des exceptions à ce principe rendrait le statut des hygiénistes dentaires difficile à définir.

- Embauché en salariat dans un cabinet dentaire

☞ Avantages :

- Les avantages vus dans la partie 3.2.1 de ce chapitre s'appliquent aussi ici.
- De plus, le dilemme sur les responsabilités à partager n'existe pas dans cette configuration salariale : l'employeur, le chirurgien-dentiste serait seul responsable.

☞ Inconvénients :

- En théorie, cela implique que le chirurgien-dentiste devrait approuver chacun des actes de l'hygiéniste dentaire, contrôler leur bonne exécution, et se porter garant de l'exhaustivité du contenu des soins promulgués et des éventuelles conséquences iatrogènes (bien que quasiment inexistantes suites aux gestes de prévention).
- De plus, le salariat coûte très cher en France, et les charges sociales sont parfois rédhibitoires quand une solution libérale existe.

3.2.3 Simulations financières prospectives d'un cabinet embauchant une hygiéniste dentaire en salariat

- Positionnement et calcul des paramètres de simulation

☞ Statut et conditions de travail des hygiénistes dentaires

- Statut professionnel et temps de travail
 - Nous considérerons, dans les simulations suivantes, que l'hygiéniste dentaire est une salariée du cabinet dentaire, car il semblerait que ce soit le contexte le plus difficile à rentabiliser. Il est néanmoins possible de projeter les résultats dans un contexte de collaboration : il faudra simplement réfléchir en pourcentage de rétrocession sur le chiffre d'affaire, et adapter les charges sociales des calculs.
 - Nous considérerons que l'hygiéniste dentaire travaille à temps plein, à raison de 35 heures par semaine, 47 semaines par an (5 semaines de congés payés), soit 1645 heures par an.
- Tarifs conventionnés et activité de l'hygiéniste dentaire
 - Comme nous l'avons vu, les tarifs conventionnés sont en négociation. Nous nous baserons donc sur les tarifs actuels des actes prophylactiques (plutôt susceptibles d'être augmentés) pour plus de sécurité.
 - Quant à l'activité de l'hygiéniste, nous imaginerons une moyenne horaire de chiffre d'affaire basée sur les actes que les chirurgiens-dentistes sont les plus enclins à déléguer d'après le sondage, comme suit :

Tableau 55 : Bases de calcul des simulations financières prospectives

[Source : document personnel]

Actes délégués	Tarif conventionnel	Temps de réalisation en minutes		
		Rapide	Interméd.	Lent
Motivation – initiation à l'hygiène	23,00 €	+/- 20	+/- 30	+/- 45
Nettoyage – polissage minutieux des dents				
Fluoration				
Scellement de sillon (par deux)	41,32 €	+/- 10	+/- 15	+/- 20
Radiographies de 4 secteurs distincts	31,92 €	+/- 5	+/- 10	+/- 15
Détartrage (bouche entière)	43,38 €	+/- 20	+/- 30	+/- 40

☞ Zone géographique d'application

- Nous considèrerons que le chirurgien-dentiste exerce en milieu à démographie propice à un remplissage aisé du planning de rendez-vous.
- Cependant, nous soustrairons 10% au chiffre d'affaire pour simuler un éventuel taux de désistement relativement important.

☞ Temps de réalisation des tâches systématiques entre chaque patient :

- Accueil :	3 minutes
- Mise à jour du dossier médical :	5 minutes
- Enregistrements des actes :	2 minutes
- Facturation et autres tâches administratives :	3 minutes
- Nettoyage et désinfection du fauteuil :	5 minutes
- Décontamination des instruments :	2 minutes
<hr/>	
- Total :	20 minutes

- Calcul des CA moyens par heure, par mois et par an en fonction de la rapidité d'exécution des actes, à qualités équivalentes

☞ Hygiéniste dentaire débutante : hypothèse de lenteur

- En moyenne, sur 3 heures de travail, elle reçoit 2 patients
 - Un à qui elle fait une consultation, par exemple composée :
 - D'une motivation – initiation à l'hygiène (15 min)
 - D'un nettoyage – polissage minutieux des dents (15 min)
 - Éventuellement des fluorations (15 min) } 23 €
 - Un à qui elle fait une maintenance parodontale, séance composée
 - D'une motivation à l'hygiène (15 min)
 - De 4 radiographies retro-alvéolaires (15 min)
 - D'un détartrage bouche complète (40 min) } 75,30 €
 - Après chacun des deux patients, elle a eu le temps de faire les tâches administratives et de désinfection/décontamination en 20 minutes et de prendre 12 minutes de pause...
- Total : en 3 heures, elle a fait 98,30 € de CA
 - Moyenne horaire : 32,77 €
 - Moyenne annuelle de CA (dont - 10 % de désistement) : **48 515,98 €**
 - Moyenne mensuelle de CA (CA annuel/12) : 4 043,00 €

☞ Hygiéniste dentaire expérimentée : hypothèse intermédiaire

- En moyenne, sur 3 heures de travail, elle voit 3 patients
 - Un à qui elle fait une consultation, par exemple composée :
 - D'une motivation – initiation à l'hygiène (10 min)
 - D'un nettoyage – polissage minutieux des dents (5 min)
 - Éventuellement des fluorations (10 min) } 23 €
 - Un à qui elle fait une maintenance parodontale, séance composée
 - D'une motivation à l'hygiène (5 min)
 - De 4 radiographies retro-alvéolaires (10 min)
 - D'un détartrage bouche complète (25 min) } 75,30 €
 - Et un jeune patient à qui elle fait une séance adaptée à son âge :
 - Initiation à l'hygiène (10 min)
 - D'un nettoyage – polissage minutieux des dents (5 min)
 - 2 radiographies retro-alvéolaires *bite-wing* (5 min)
 - 2 scellements de sillons (15 min)
 - Éventuellement des fluorations (5 min) } 57,28 €
 - Après chacun des trois patients, elle a eu en moyenne le temps de faire les tâches administratives et de désinfection/décontamination en 20 minutes et de prendre 5 minutes de pause...
- Total : en 3 heures, elle a fait 155,58 € de CA
 - Moyenne horaire : 51,86 €
 - Moyenne annuelle (dont - 10 % de désistement) : **76 778,73 €**
 - Moyenne mensuelle (CA annuel/12) : 6 398,23 €

☞ Hygiéniste dentaire douée et très efficace : hypothèse de rapidité

- En moyenne, sur 3 heures de travail, elle voit 4 patients (toutes les 45 min)
 - Un patient à qui elle fait une consultation, par exemple composée :
 - D'une motivation – initiation à l'hygiène (10 min)
 - D'un nettoyage – polissage minutieux des dents (5 min)
 - Éventuellement des fluorations (5 min) } 23 €
 - Deux patients sur qui elle effectue des maintenances parodontales, séances composées :

- D'une motivation à l'hygiène (5 min)
 - De 4 radiographies retro-alvéolaires (5 min)
 - D'un sondage 6 points de mesure (5 min)
 - D'un détartrage bouche complète (20 min)
- } 2 x 75,30 €
- ▶ Et un jeune patient à qui elle fait une séance adaptée à son âge :
 - Initiation à l'hygiène (10 min)
 - D'un nettoyage – polissage minutieux des dents (5 min)
 - 4 radiographies retro-alvéolaires (5 min)
 - 4 scellements de sillons (20 min)
 - Éventuellement des fluorations (5 min)

} 114,56 €
 - ▶ Après chacun des trois patients, elle a eu en moyenne le temps de faire les tâches administratives et de désinfection/décontamination en 15 minutes mais n'a pas pris de pause.
 - ▶ Total : en 3 heures, elle a fait 288,16 € de CA
 - ▶ Moyenne horaire : 96,05 €
 - ▶ Moyenne annuelle (dont - 10 % de désistement) : **142 206,96 €**
 - ▶ Moyenne mensuelle (CA annuel/12) : 11 850,58 €

- Compte de résultat analytique et conclusion

☞ Conclusion :

- ▶ Il faut considérer l'hygiéniste dentaire « lente » comme une débutante ou une stagiaire, touchant donc un salaire bas, pour que son poste soit rentable.
- ▶ Entre l'hygiéniste « intermédiaire » et celle considérée comme « rapide », nos calculs démontrent une bonne rentabilité prévisionnelle, sachant que nous n'avons pris en compte aucune facturation d'actes non pris en charge (NPC). Cette rentabilité permet des salaires équivalents à ceux des infirmier(ère)s (tableau 56).

☞ Discussion :

- ▶ Nous avons estimé pertinent d'inclure dans les frais du cabinet l'amortissement d'équipements à hauteur de 7 500 €/an (plus 15 % du CA en consommables), mais ces données peuvent énormément varier d'un cabinet à l'autre.
- ▶ D'autre part, comme nous l'avons exposé dans la sous-partie précédente, l'augmentation de la rentabilité du cabinet doit inclure l'amélioration du rendement du chirurgien-dentiste employeur.

Tableau 56 : Compte de résultat analytique prévisionnel relatif à l'embauche d'une hygiéniste dentaire en salariat dans un cabinet dentaire
[source : document personnel]

Postes de recettes et de dépenses annuelles		Niveau d'efficacité hypothétique de l'hygiéniste						Moyennes
		Lente		Intermédiaire		Rapide		
Recettes	Chiffre d'affaire (CA)	Estim.	48 500,00 €	Estim.	76 800,00 €	Estim.	142 200,00 €	89 166,67 €
	Consomables (%CA)	15%	7 275,00 €	15%	11 520,00 €	15%	21 330,00 €	13 375,00 €
Charges	Salaire brut (%CA)	40%	19 400,00 €	38%	29 184,00 €	35%	49 770,00 €	32 784,67 €
	Charges salariales (%s.brut)	40%	7 760,00 €	40%	11 673,60 €	40%	19 908,00 €	13 113,87 €
	Fonctionnement (%CA)	12%	5 820,00 €	10%	7 680,00 €	8%	11 376,00 €	8 292,00 €
Amortissements	Fauteuil	7,22%	3 500,00 €	4,56%	3 500,00 €	2,46%	3 500,00 €	3 500,00 €
	Radiographie	6,19%	3 000,00 €	3,91%	3 000,00 €	2,11%	3 000,00 €	2 000,00 €
	Autre équipement	2,06%	1 000,00 €	1,30%	1 000,00 €	0,70%	1 000,00 €	500,00 €
Total charges et amortissements (%CA)		98%	47 755,00 €	88%	67 557,60 €	77%	109 884,00 €	75 065,53 €
RESULTAT ANALYTIQUE DU POSTE		2%	745,00 €	12%	9 242,40 €	23%	32 316,00 €	14 101,13 €
Indication salaire net mensuel de l'hygiéniste		1 325 € / mois		2 000 € / mois		3 400 € / mois		2 200 € / mois
Conclusion :		Analytique équilibré mais avec salaire bas		Bénéficiaire		Très bénéficiaire avec salaire confortable		

Ces imputations de l'activité d'une hygiéniste dentaire au sein d'un cabinet dentaire sont basées sur notre très faible expérience de la comptabilité et doivent être considérées comme des ordres de grandeurs pessimistes d'une part (aucune facturation NPC), et liées à une consciencieuse prise en charge des patients d'autre part (voir description des simulations).

Conclusion sur les bénéfices de l'exercice de l'hygiéniste dentaire au sein du cabinet d'odontologie

Comme nous l'avons vu, il existe beaucoup d'avantages, répartis entre l'amélioration de la santé bucco-dentaire et générale des patients, ses conséquences bénéfiques dans la pratique du chirurgien-dentiste, et les bénéfices financiers quasiment assurés (dans la mesure où la patientèle serait suffisante pour deux praticiens dans l'hypothèse d'une absence d'évolution du recours aux soins).

Des inconvénients pourraient apparaître au cas par cas, en fonction des opportunités d'accueillir un nouveau praticien dans l'infrastructure de soins, de la définition des actes déléguables et du degré d'autonomie et d'efficacité de l'hygiéniste dentaire.

Le statut idéal de l'hygiéniste dentaire reste donc à définir, et il est extrêmement dépendant de sa capacité à endosser la responsabilité de ses actes, et donc de sa formation et de l'ensemble des compétences qu'elle pourrait y acquérir. Nous allons donc étudier, en dernière partie de cette thèse, trois postulats sur les cursus qui pourraient mener à la qualification d'hygiénistes dentaires.

3.3 À court terme : postulats sur les formations possibles pour le diplôme d'hygiéniste dentaire

3.3.1 Pour les assistant(e)s dentaires qualifié(e)s et expérimenté(e)s

- **Enregistrement des assistant(e)s dentaire au CSP**

☞ Comme nous l'avons vu précédemment, de nombreux pays ont vu la délégation des actes de dentisterie se démocratiser progressivement, avant même qu'une quelconque profession d'auxiliaire de soin ne soit légiférée. Or, cette évolution empirique des procédés est proscrite en France :

- Le Code de la Santé Publique (CSP) définit l'exercice illégal de l'art dentaire dans l'article L4161-2 : « Exerce illégalement l'art dentaire :
 - » Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un praticien, à la pratique de l'art dentaire, par consultation, acte personnel ou tous autres procédés, quels qu'ils soient, notamment prothétiques ;
 - » Sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4141-3 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin ou de chirurgien-dentiste, alors qu'elle n'est pas régulièrement dispensée de la possession de l'un de ces diplômes, certificats ou titres par application du présent livre. »
- Par ailleurs, nous soulignerons que les dispositions des professions de médecin et d'infirmier stipulent que les soins intra-oraux font partie de leurs accréditations.

- **Enregistrement des assistant(e)s dentaires au CSP**

☞ **Décret n° 2016-1646 du 1er décembre 2016.**

- C'est seulement en 2016 que les assistant(e)s dentaires ont enfin vu leur métier être reconnu officiellement par leur inscription au CSP à la suite du décret n° 2016-1646 du 1er décembre 2016.
- Les activités qu'ils sont habilités à réaliser sous « la responsabilité et le contrôle effectif du chirurgien-dentiste » sont établies comme suit [24] :
 - L'assistance du chirurgien-dentiste dans la réalisation des gestes avant, pendant et après les soins ;

- L'accueil des patients et la communication à leur attention ;
- L'information et l'éducation des patients à la santé bucco-dentaire ;
- L'entretien de l'environnement de soins, des matériels liés aux activités et la gestion du risque infectieux ;
- La gestion et le suivi du dossier du patient ;
- Le recueil, la transmission des informations, la mise en œuvre de la traçabilité dans le cadre de la structure de soins ;
- L'accueil, l'accompagnement des assistant(e)s dentaires en formation ou nouveaux arrivants dans la structure et l'amélioration des pratiques professionnelles.

☞ Les actes bucco-dentaires restent légalement interdits aux mains des assistant(e)s

- L'avancée vers une délégation de certains actes bucco-dentaires a toujours été souhaitée mais il n'a pas été question depuis lors de mettre de telles autorisations en place.
 - Dans l'ensemble, les assistant(e)s dentaires seraient ravi(e)s de se voir confier plus de responsabilités
 - En outre, la délégation des actes est déjà une réalité :
 - D'après un rapport public de l'IGAS de 2010, un sondage fut soumis aux chirurgiens-dentistes syndiqués à la CNSD lors d'une enquête sur l'opportunité et les modalités d'inscription des assistant(e)s dentaires au CSP.
 - Dans le cadre de ce questionnaire, les chirurgiens-dentistes sondés ne font pas la distinction entre aide dentaire, secrétaire et assistant(e) dentaire.
- La limite légale se trouve au niveau du travail en bouche : l'assistant(e) dentaire n'a légalement pas le droit de pénétrer la cavité buccale, acte considéré comme invasif. Or, les actes invasifs sont strictement légiférés, et ne sont autorisés qu'aux dentistes, médecins, et infirmières.
- D'après une étude de la CNSD (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires), au moins 17% des chirurgiens-dentistes interrogés délèguent des actes intra-oraux à leurs assistant(e)s dentaires : cf. tableau suivant.

Tableau 57 : Fréquence en pourcentage des actes délégués par les chirurgiens-dentistes du CNSD à leurs salariés

[Source : d'après Giles Duhamel, rapport public de l'IGAS, 2010 ; d'après la CNSD]

Tâches administratives	Accueil au cabinet ; accueil téléphonique ; Prise de rendez-vous ;	99 %
	Impression de feuilles de soins ; Encaissement des honoraires ;	87%
Gestion de la traçabilité ; Gestion de la stérilisation et de la décontamination des instruments		95%
Tâches « au fauteuil »	Aide dans la zone de soins ; Travail ponctuel au fauteuil ;	65%
	Travail permanent dans la zone de soins ; Travail « à quatre mains » quasi permanent ;	34%
Conseil de brossage et démonstration au patient ; Motivation à l'hygiène ;		38%
Tâches non autorisées par le statut d'assistant(e) dentaire	Prise de radiographies	17%
	Prise d'empreinte pour moulage d'étude	11%
	Éclaircissement dentaire	4%
	Autres tâches	3%

« La question de la création de cette profession en France mérite d'être posée. Avec l'inscription de la profession d'assistante au code de santé publique pourrait-on imaginer former des "assistantes hygiénistes" à qui les dentistes pourraient déléguer certains soins simples (elles réalisent déjà empreinte/pano... dans de nombreux cabinets bien que cela ne soit pas autorisé) ? » PJ Haas, chirurgien-dentiste de Marne.

- Formations requises pour la profession d'hygiéniste dentaire

☞ Contenu actuel et accès à la formation des assistant(e)s dentaires

- Le Centre National de Qualification des Assistant(e)s en Odonto-Stomatologie (CNQAOS) organise la formation des assistant(e)s autour de 13 modules :
 - Désinfection - Stérilisation
 - Gestion des stocks
 - Imagerie médicale
 - Travail à quatre mains
 - Assistance aux travaux prothétiques et orthodontiques
 - Gestes et soins d'urgence
 - Évaluation et prévention des risques au travail
 - Prophylaxie et Hygiène bucco-dentaire
 - Gestion de l'agenda de l'entreprise
 - Organisation des rendez-vous du praticien
 - Communication avec les patients
 - Création et suivi de dossiers patients
 - Établissement et contrôle des dossiers de remboursement
- Les enseignements sont dispensés par des assistant(e)s dentaires et des chirurgiens-dentistes, au cours de 47 journées (les jeudis) répartis sur une année, le reste du temps de formation se déroulant au cabinet dentaire.
- Les assistant(e)s dentaires doivent avoir un niveau Brevet National des Collèges, ou équivalent, ainsi qu'un contrat de professionnalisation pour accéder à la formation (car elle est en partie financée par le chirurgien-dentiste employeur).

☞ Hypothèse de la formation au métier d'hygiéniste dentaire

- Sélection des assistant(e)s dentaires éligibles à la formation
 - Pour pallier l'hétérogénéité des formations initiales d'assistant(e)s dentaires, liée aux différences d'expériences au sein du cabinet dentaire, nous pourrions imaginer un examen d'entrée sur les connaissances théoriques et la dextérité.
 - Ensuite, il est impératif que l'assistant(e) souhaitant accéder au métier d'hygiéniste dentaire puisse justifier d'un certain nombre d'années d'expérience : le chirurgien-dentiste employeur pourrait, par exemple, attester d'un certain nombre d'heures de travail à quatre mains.

- La formation théorique
 - Elle serait nécessairement plus longue et exigeante que la formation initiale si nous souhaitons imaginer pouvoir éventuellement déléguer la responsabilité d'un acte à risque hémorragique tel qu'un détartrage sous-gingivale.
 - Par ailleurs, l'utilisation de matériaux à fixation par collage nécessite une bonne compréhension de la mécanique des biomatériaux et de leurs propriétés et de leurs comportements physico-chimiques en milieu oral.
- La formation pratique
 - Un stage initial en secteur de parodontologie d'une clinique dentaire associée à une faculté de chirurgie dentaire devrait être envisagé.
 - Des stages en cabinet dentaire ou des stages hospitaliers seraient aussi bénéfiques dans la mesure où chaque hygiéniste stagiaire pourrait apporter sa part de main d'œuvre et y bénéficier de la supervision d'un chirurgien-dentiste titulaire au minimum du CSCT (Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique).

« *L'organisation de cette profession doit pouvoir être accessible à nos assistantes de façon simple ; des modules doivent donc être indispensablement associés à une validation de certains acquis* » Anonyme, chirurgienne-dentiste d'Indre-et-Loire.

☞ Hypothèse de la formation à un « niveau 2 » d'assistant(e)s dentaires

- En Allemagne et dans d'autres pays européens, il existe, outre les chirurgiens-dentistes et les hygiénistes dentaires, des assistant(e)s dentaires spécialisé(e)s en prophylaxie.
- Ce niveau intermédiaire permettrait de leur déléguer certains gestes de prévention, sans que la formation pour y accéder ne soit trop lourde à mettre en place.

- Les commentaires du sondage : les assistantes dentaires

« *Cette thématique est comme l'arlésienne !!! On en parle souvent mais dès que l'on essaie de poser du concret dans le cadre d'une vraie collaboration avec le praticien et sous son contrôle, beaucoup de praticiens nous relèguent au rang archaïque de femme de ménage améliorée.* » Anonyme, assistante dentaire des Bouches-du-Rhône

« *Chirurgien-dentiste et assistante : une équipe et un savoir-faire. Déléguer les détartrages à son hygiéniste dentaire (assistante ayant obtenu une qualification d'hygiéniste) est un gain de temps, et cela permettrait de faire de la prévention, chez les enfants comme chez les adultes, des consultations sur comment se brosser les dents, comment éviter les caries, les problèmes parodontaux liés au tabac, etc. Le chirurgien-dentiste serait ainsi secondé par son hygiéniste et pourrait s'occuper plus librement des cas importants. Évolution de carrière pour les assistantes et prévention pour les patients : les uns seront mieux informés et les autres aurons plus de temps pour expliquer.* » Anonyme, assistante dentaire du Var.

« *[Le métier d'hygiéniste dentaire est] très précieux pour réaliser un nouveau concept de la dentisterie. J'en ai fait un combat personnel.* » Anonyme, assistante dentaire des Bouches-du-Rhône

« *J'ai créé la page Facebook : l'assistante dentaire de demain. Je me bats pour la création de cette profession. C'est un bénéfice énorme pour les patients. Une prise en charge globale qui va de la prise en compte de l'hygiène bucco-dentaire en passant par les soins et les reconstitutions prothétiques. Je pense que les assistantes dentaires avec plusieurs années d'expérience de soins à 4 mains ont toutes leur place dans l'hygiénisme au sein d'une équipe soignante. Mais pas seule, dans un cabinet privé !* » Catherine Rocoplan, assistante dentaire depuis 10 ans, département de l'Hérault.

3.3.2 Pour les infirmier(ère)s : cursus de spécialisation

- Descriptif des missions de santé des professionnels d'infirmierie

D'après le Journal Officiel numéro 183 du 8 Août 2004 [65].

☞ Article R. 4311-1

- L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.
- Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.
- Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

☞ Article R. 4311-2

- Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :
 - 1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
 - 2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
 - 3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
 - 4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

- 5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

☞ Conclusion : les responsabilités acquises par la qualification d'infirmier(ère) sont superposables à celles, décrites tout le long du chapitre I, de l'hygiéniste dentaire, si tant est qu'elles puissent être appliquées à l'odontologie.

- Une hypothétique nouvelle spécialisation : l'hygiène dentaire

☞ Le cursus de trois ans en « tronc commun » [73].

- « Après le concours d'entrée, le référentiel de formation est articulé autour de l'acquisition des compétences requises pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmier.
 - » Cinq compétences constituent le « cœur de métier » :
 - Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine des soins infirmiers ;
 - Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;
 - Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
 - Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
 - Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
 - » Cinq compétences « transverses », communes à certaines professions paramédicales :
 - Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
 - Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;
 - Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
 - Organiser et coordonner des interventions soignantes ;
 - Informer et former des professionnels et des personnes en formation ;
- » La durée de la formation est de trois années, découpées en six semestres de vingt semaines chacun, équivalant à 4200 heures.
 - » La répartition des enseignements est la suivante :
 - La formation théorique de 2100 heures, sous la forme de cours magistraux (750 heures), travaux dirigés (1050 heures) et travail personnel guidé (300 heures).

- La formation clinique de 2100 heures.
- Le travail personnel complémentaire est estimé à 900 heures environ, soit 300 heures par an (à la charge des élèves).
- » L'ensemble, soit 5100 heures, constitue la charge de travail de l'élève. » [73].

☞ Les spécialisations actuelles et l'hypothèse d'une spécialisation en odontologie

- Après ces trois années de formation en école d'infirmier et deux années complètes d'expérience professionnelle, les infirmier(ère)s peuvent postuler par concours à la formation pour un des trois diplômes d'infirmier(ère) spécialisé(e) :
 - Infirmier(ère) anesthésiste
 - Infirmier(ère) de bloc opératoire
 - Puériculteur(rice)
- Par ailleurs, ils peuvent aussi se diriger vers les formations de cadre de santé ou de spécialités de secteur d'exercice (endoscopie, hygiène hospitalière, perfusionniste, psychiatrie, etc.) qui comportent :
 - un enseignement théorique et fondamental ainsi que des travaux dirigés de 910 heures ;
 - des enseignements cliniques de 58 semaines ;
 - 25 jours de congés annuels ;
 - un temps de travail personnel guidé de 10 semaines.
- Sur ce modèle de formation, nous pourrions facilement imaginer une spécialisation en prophylaxie dentaire :
 - Un enseignement théorique et fondamental sous forme de cours magistraux dans les locaux des facultés dentaires ;
 - Des travaux dirigés dans les salles de travaux pratiques ;
 - Des enseignements cliniques sous forme de stages hospitaliers en service d'odontologie et de stages actifs en cabinet dentaire.

☞ Rappel historique :

- Les premières hygiénistes dentaires étaient des infirmières qui avaient la mission de prévenir les maladies de la dent et du parodonte grâce à l'enseignement de l'hygiène bucco-dentaire.
- Au XIXe siècle, la disponibilité des soldats fut renforcée par l'intervention de ces infirmières-dentaires dans les armées.

- Les avantages et inconvénients de ce postulat

☞ Les cohérences entre l'infirmierie et l'hygiène dentaire

- Nous allons reprendre les cinq compétences décrites par Cyril Joannes [73] comme celles constituant le « cœur de leur métier » et les transposer au contexte de l'odontologie par les modifications inscrite en italique :
 - Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine des soins *de prévention bucco-dentaires* ;
 - Concevoir *et participer* à la [conduction] d'un *plan de traitement parodontal* ;
 - Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins *bucco-dentaires* quotidiens ;
 - Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
 - Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs *d'odontologie conservatrice* ;
- D'autre part, la formation initiale en soins infirmiers donne aux étudiant(e)s les connaissances des bases médicales et chirurgicales :
 - Vigilance médicale et dépistage ;
 - Hygiène des mains, asepsie et gestes en milieu stérile ;
 - Prévention et connaissance dans les domaines de l'hygiène du corps et de l'hygiène de vie ;
 - Capacité et compétence dans les soins et actes invasifs ;
 - Capacité et compétence dans le suivi post-chirurgical.
- Connaissances en gestion du cabinet libéral (en particulier chez les infirmier(ère)s ayant une expérience libérale de la pratique de leur profession)
 - Prise en charge du patient et traçabilité ;
 - Stérilisation des instruments ;
 - Gestion de stock (matériaux, instruments et consommables).

☞ La résolution des problèmes de mise en place d'un nouveau métier

- Législation autour des actes intra-oraux : les infirmier(ère)s sont habilité(e)s à pratiquer des actes invasifs.
- Locaux de formation :
 - Enseignement théorique : une grande partie déjà acquise
 - Enseignement pratique : grand besoin de prévention bucco-dentaire dans les structures hospitalières, auxquelles les infirmier(ère) sont familiarisé(e)s

- Attractivité du métier : 31% des infirmier(ère)s du sondage (9 sur 29) déclarent envisager de devenir hygiéniste dentaire si la formation leur est ouverte.

☞ Les limites et obstacles : La disponibilité des infirmier(ère)s

- Comme chez les chirurgiens-dentistes, la densité de ces professionnels est déjà trop basse dans certaines régions de France.
- La mise en place d'une nouvelle spécialisation en infirmerie impliquerait une réflexion attentive vis-à-vis des capacités d'accueils des écoles dispensant la formation initiale.

« Une thématique qui relève d'une vraie réflexion et remise en question des pratiques connues, des idées novatrices. Une profession qui serait intéressante et permettrait de compléter le travail du dentiste. » Anonyme, infirmière salariée du département de Paris

« Je pense que, tout comme certains opticiens (niveau BTS) qui peuvent faire les contrôles et ajustements de vision pour désengorger les ophtalmologues, il serait bon en France, de créer ce nouveau corps de métier. Mais est-ce bien utile d'en faire 5 ans d'études (3 d'infirmière + 2 de spécialisation) ? Une branche simple d'hygiéniste dentaire serait suffisante sans la nécessité de faire 5 ans d'études, ça me paraît énorme. 6 à 8 ans pour être chirurgien-dentiste... » Cécile, infirmière salariée au Luxembourg

« Cette profession ne serait possible, à mon avis, pour parler d'une spécialisation d'infirmière, que dans le cas où elle n'aurait pas à supporter des frais de matériel et de fonctionnement. Ou alors si tel est le cas, elle ne pourrait financièrement s'en sortir qu'au bénéfice d'une augmentation conséquente de son salaire moyen d'infirmière spécialisée, défini par les autorités. » Corinne Gazagnes, Infirmière libérale du département des Vosges.

3.3.3 Pour les étudiant(e)s en chirurgie dentaire

- Hypothèse d'une « porte de sortie de secours »

☞ Des études longues à la suite d'un choix précoce

- Les étudiants en chirurgie dentaire ont choisi leur vocation au cours de l'année de PACES (Première Année du Cycle des Études de Santé) : la fameuse année de concours. C'est donc vers 18 ans, quelques mois après le bac (pour les primants), avant même d'avoir vu un seul patient, que ces étudiants choisissent de devenir chirurgiens.
- Le « droit aux remords » leur permet éventuellement de changer de voie assez rapidement après l'intégration en seconde année d'odontologie, mais certains se rendent peut-être compte un peu plus tard qu'ils ne sont pas « faits pour » la chirurgie... Comme d'autres se rendent compte qu'ils ne sont pas « faits pour » l'endodontie...
- Dans ces cas relativement rares, les futurs chirurgiens-dentistes vont se diriger faire une spécialisation, et ainsi éviter l'omnipratique et la nécessité de pratiquer l'ensemble des domaines de l'odontologie.
- Et si l'hygiène dentaire faisait partie de ces spécialités ?

☞ Exigence des examens et de la formation en odontologie : des étudiants en surmenage

- Sans pouvoir avancer de sources fiables, nous savons que l'exigence des études de chirurgie dentaire peut pousser des étudiants à l'épuisement physique et/ou intellectuel.
- Une spécialisation précoce en prophylaxie permettrait à certains d'entre eux de « lever le pied » et de terminer leur cursus dans de bonnes conditions.
- La formation clinique de la pratique en odontologie s'étendant sur les 4^e et 5^e années, il serait néanmoins nécessaire de terminer ces années de cursus, mais en proposant un certificat ou diplôme de prophylaxie dentaire, éventuellement en alternative au CSCT.

- Hygiéniste dentaire : un métier qui plaît

☞ L'hygiène dentaire peut aussi être une vocation

- A l'inverse, nous souhaitons imaginer que la voie d'hygiéniste dentaire ne soit pas uniquement un choix par défaut aux yeux des étudiants en dentaire, mais qu'elle puisse être aussi un choix éclairé et privilégié de longue date pour certains d'entre eux.
- De même, ce choix pourrait aussi être issu d'un changement de vision sur le rythme qu'ils souhaiteraient donner à leur vie future, avec moins de lourdeur administrative et une limitation des risques liés à la responsabilité des actes à haut potentiel iatrogène.

☞ Les États-Unis sont une des nations où la profession d'hygiéniste dentaire est la mieux implantée, et elle continue à se développer.

- À Carlsbad, Californie, un journaliste écrivait en 2015 : « Aux États-Unis, la profession d'hygiéniste dentaire arrive à la quatrième position des meilleurs métiers féminins nommés sur un portail de recherche d'emploi. En raison d'une demande croissante des services de soins dentaires, due principalement aux changements démographiques, le métier d'hygiéniste dentaire est devenu l'une des professions ayant l'une des plus fortes croissances aux États-Unis. [...] »
- « Selon l'*U.S. Department of Health and Human Services*, la profession d'hygiéniste dentaire va augmenter de 28 % entre 2012 et 2025. » [64].

- Les commentaires issus de notre sondage

« *Je suis pour la création du métier d'hygiéniste dentaire en France. Et j'irais même plus loin en créant le métier de dentiste spécialiste de la santé publique, comme cela existe au Canada. Cela permettrait à des dentistes intéressés par les problématiques de prévention et de santé publique dentaire de pouvoir s'y consacrer à 100%.* » Maud Fissette, étudiante en chirurgie-dentaire, année de thèse.

« *Pourquoi ne pas en faire une spécialité ? La prévention est importante mais ne doit pas être trop éloignée de notre activité* » Anonyme, chirurgienne-dentiste de l'Hérault.

« *Une piste très intéressante sur la voie de l'intégration des chirurgiens-dentistes dans une équipe de soins pluridisciplinaire ainsi qu'une réponse possible au développement des actes de prévention qui nous font cruellement défaut.* » Aymeric B., étudiant en chirurgie-dentaire, 5ème année à Clermont-Ferrand.

"*Je suis moi-même employée pour la maintenance parodontale dans un cabinet libéral, en tant qu'associée salariée, je travaille en équipe avec les autres dentistes, et si jamais il y a des petits actes à faire (extractions radiculaires, petites caries...) je m'en occupe. Je fais la motivation à l'hygiène, les détartrages, charting paro, surfaçages et peut être avec le temps les greffes gingivales. J'ai une autre activité d'omnipratique en complément de ce poste (2 jours/semaine pour l'instant) [...]* » Dr Joubert Clémence, chirurgien-dentiste des Bouches-du-Rhône

Le métier d'hygiéniste dentaire est le métier central de l'ère de la prévention. Il est apparu par le besoin humain de s'améliorer, de se moderniser, et de se perfectionner.

Le développement de la prophylaxie est en réalité le destin, d'une part d'une médecine aguerrie et performante, et, d'autre part de l'opportunité d'un confort de vie toujours amélioré. En outre, il est aussi à l'avenant de la prise de conscience des limites de nos possibilités thérapeutiques.

Aux mille bénéfiques constatés à l'étranger, il continue à faire défaut en France. Nous avons pourtant sous les yeux une conjoncture médico-économique de la profession dentaire en crise, or face à de belles réussites frontalières. À en contredire l'adage bien connu, si l'herbe est plus verte chez le voisin, c'est peut-être parce qu'il l'entretient.

Si de multiples préoccupations peuvent sembler plus urgentes que celle-ci, nous avons démontré que l'instauration de la profession d'hygiénistes dentaires en France améliorerait la situation, quelle qu'elle soit, des chirurgiens-dentistes ; d'autre part, elle offrirait à notre pays l'opportunité d'un progrès non négligeable en matière de qualité des soins préventifs, de conseils d'hygiène bucco-dentaire et d'hygiène de vie.

Enfin, les résultats du sondage des Français sont sans équivoque : les chirurgiens-dentistes veulent des auxiliaires de soins à qui déléguer des actes ; les patients français veulent des interlocuteurs spécialisés en prévention bucco-dentaire ; les infirmier(ère)s et les assistant(e)s dentaires veulent pouvoir accéder à une spécialisation en odontologie prophylactique.

La France veut des hygiénistes dentaires.

“An Ounce of prevention is worth a pound of cure”,
Benjamin Franklin.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Adams TL.** Inter-professional conflict and professionalization: dentistry and dental hygiene in Ontario. *Soc Sci Med.* 2004; 58(11):2243-52.
2. **Adams TL.** L'exercice autonome de l'hygiène dentaire : opinions des dentistes et des hygiénistes dentaires de l'Ontario. *J Can Dent Assoc.* 2004 ; 70(8) : 535-8.
3. **Axelsson P, Lindhe J.** The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol.* 1981; 8(4): 281-94.
4. **Axelsson P., Nyström B., Lindhe J.** The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. *J Clin Periodontol.* 2004; 31(9): 749-57.
5. **Baat C., Kalk W., Schuil. G.R.E.** The effectiveness of oral hygiene programmes for elderly people : a review. *Gerodontology.* 2006; 10(2): 109-13.
6. **Baelum V, Ellegaard B.** Implant survival in periodontally compromised patients. *J Periodontol.* 2004; 75(10): 1404-12.
7. **Baltutis L.M., Gussy M.G., Morgan M.V.** The role of the dental hygienist in the public health sector; an Australian perspective. *Int Dent J.* 2011; 50(1): 29-35.
8. **Banasiuk A, Uracz W, Lishchynskyy Y, Brukwicka I, Kopański Z.** The tasks of a dental hygienist in pro-health prophylaxis. *J Clin Health.* 2018; 102(4): 30-3.
9. **Beck JD, Slade G, Offenbacher S.** Oral disease, cardiovascular disease and systemic inflammation. *Periodontol 2000.* 2003; 23(1):110-20.
10. **Bertone M.** Dental hygienists: Agents of change for tomorrow's seniors. *Canadian J Dent Hyg.* 2014; 48(1): 7-8.
11. **Bickley SR.** Dental hygienists' attitudes towards dental care for people with a mental handicap and their perceptions of the adequacy of their training. *Br Dent J.* 1990; 168(9): 361-4.

12. **Bickley SR, Shaw L, Shaw MJ, Foster TD.** An approach to the dental care of handicapped adults: the hygienist's role. *Dent Health (London)*. 1987; 26(5): 7-10.
13. **Bourgalet E, Chesné P.** Relation entre l'alimentation, la santé dentaire et la santé parodontale [*Thèse de Chirurgie Dentaire*]. Nantes : Université de Nantes. Unité de formation et de recherche d'Odontologie ; 2008. 149 p.
14. **Bowes D, Murray K.** The palliative care team and the dental hygienist. *Probe Ott Ont*. 1997; 31(4): 127, 136.
15. **Cash A.** La Psychologie Pour les Nuls. Paris, France : *Éditions First* ; 2011. 388 p.
16. **Castera P.** Repérage précoce, intervention brève : Cinq minutes pour convaincre. *Addictions*. 2008 ; (22) : 10-5.
17. **Cekici A, Kantarci A, Hasturk H, Van Dyke TE.** Inflammatory and immune pathways in the pathogenesis of periodontal disease. *Periodontol 2000*. 2014; 64(1):57-80.
18. **Charreire H, Kesse-Guyot E, Bertrais S, Simon C, Chaix B, Weber C, et coll.** Associations between dietary patterns, physical activity (leisure-time and occupational) and television viewing in middle-aged French adults. *Br J Nutr*. 2011; 105(6): 902-10.
19. **Dehaitem MJ, Ridley K, Kerschbaum WE, Inglehart MR.** Dental Hygiene Education About Patients with Special Needs: A Survey of U.S. Programs. *J Dent Educ*. 2008; 72(9): 1010-9.
20. **Dreyer R.** How your hygienist can increase your profits. *Dent Manage*. 1986; 26(9): 46.
21. **Droz D, Guéguen R, Bruncher P, Gerhard J-L, Roland E.** Enquête épidémiologique sur la santé buccodentaire d'enfants âgés de 4 ans scolarisés en école maternelle. *Arch Pédiatrie*. 2006; 13(9):1222-9.
22. **Fleury B.** Interview : Une diffusion nationale progressive du RPIB. *Addictions*. 2008 ; (22) : 10-15.
23. **Fones AC.** The Origin and History of the Dental Hygienist Movement. *J Am Dent Assoc*. 1926; 13(12): 1809-21.

24. **Fontenelle N.** Assistant(e)s dentaires : les modalités de l'exercice au Journal officiel. *Inf Dent.* 2016 ; 98(43/44) : 6
25. **Gatermann-Strobel B, Perno Goldie M.** Independent dental hygiene practice worldwide: a report of two meetings. *Int J Dent Hyg.* 2005; 3(3):145-54.
26. **Greenberg BL, Glick M.** Assessing Systemic Disease Risk in a Dental Setting: A Public Health Perspective. *Dent Clin.* 2012; 56(4): 863-74.
27. **Gunepin M, Derache F, Risso J-J, Rivière D.** Respect des recommandations en matière de prévention bucco-dentaire par les militaires : résultats de l'étude HALBUMIL portant sur 2 416 individus. *Médecine Armées.* 2018; 46(1): 81-90.
28. **Hamilton WA, Hamilton PR.** Sex and the dental practice: a reinterpretation of the history of dental hygienists. *Bull Hist Dent.* 1980; 28(2): 64-8.
29. **Hedman E, Gabre P, Birkhed D.** Dental Hygienists Working in Schools: A Two-year Oral Health Intervention Programme in Swedish Secondary Schools. *Oral Health.* 2015; 13(2): 13.
30. **Hopcraft MS, Morgan MV, Satur JG, Wright FC.** Utilizing dental hygienists to undertake dental examination and referral in residential aged care facilities. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011; 39(4): 378-84.
31. **Jarvis P.** Learning in Later Life: An Introduction for Educators and Carers. Abingdon, New York, US: *Routledge*; 2013. 177 p.
32. **Jones JD, Snyder NC.** Role of the dental hygienist in the prosthodontic practice. *J Prosthet Dent.* 1984; 52(6): 885-8.
33. **Kerry GJ.** Supportive periodontal treatment. *Periodontol 2000.* 1995; 9(1): 176-85.
34. **Kviz FJ.** Consumer perceptions of the present and potential dental hygienist role. *Dent Hyg (Chic).* 1985; 59(1): 22-7.
35. **Lawlor S.** La pratique interprofessionnelle : amélioration du rôle de l'hygiéniste dentaire. *Can J Dent Hyg.* 2013; 47(1): 11-3.
36. **Lindhe J, Nyman S.** The effect of plaque control and surgical pocket elimination on the establishment and maintenance of periodontal health. A longitudinal study of

- periodontal therapy in cases of advanced disease. *J Clin Periodontol.* 1975; 2(2): 67-79.
37. **Love O.** L'influence clé des hygiénistes dentaires. *Can J Dent Hyg.* 2011; 45(4): 207; 213.
38. **Luciak-Donsberger C.** Origins and benefits of dental hygiene practice in Europe. *Int J Dent Hyg.* 2003; 1(1):29-42.
39. **Luciak-Donsberger C, Eaton K.** Dental hygienists in Europe: trends towards harmonization of education and practice since 2003. *Int J Dent Hyg.* 2009; 7(4): 273.
40. **Marquillier T, Trentesaux T, Gagnayre R.** Éducation thérapeutique en odontologie pédiatrique : analyse des obstacles et leviers au développement de programmes en France en 2016. *Santé Publique.* 2017; 29(6): 781-92.
41. **Marsh LA.** Dental Hygienist Attitudes toward Providing Care for the Underserved Population. *Am Dent Hyg Assoc.* 2012; 86(4): 315-22.
42. **Mercenier H, Chaoimh EN, Damay L, Delledonne G.** La libre circulation sous pression : régulation et dérégulation des mobilités dans l'Union européenne. Bruxelles : *Bruylant* ; 2018. 264 p.
43. **Monajem S.** Integration of oral health into primary health care: the role of dental hygienists and the WHO stewardship. *Int J Dent Hyg.* 2006; 4(1): 47-51.
44. **Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD).** Burn out chez les chirurgiens-dentistes : le choc. *La lettre de l'Ordre.* 2018 ; (166) : 3-9.
45. **Parker D R.** A dental hygienist's role in tobacco cessation. *Int J Dent Hyg.* 2005; 1(2): 105-9.
46. **Persac S, Prévost R, Hardy H, Gigon S, Peron J-M.** Point actuel sur l'infection focale d'origine buccodentaire. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2011 ; 112(6) : 353-9.
47. **Popelut A, Mouraret S, Halabi B, Rangé H.** Résultats des thérapeutiques parodontales actuelles. *Réal Clin.* 2012 ; 23(1) : 7-14.
48. **Seeker-Walker RH, Hill HC, Solomon LJ, Flynn BS.** Smoking Cessation Practices in Dental Offices. *J Public Health Dent.* 2007; 47(1):10-5.

49. **Simmer-Beck M, Gadbury-Amyot CC, Ferris H, Voelker MA, Keselyak NT, Eplee H, et coll.** Extending Oral Health Care Services to Underserved Children through a School–Based Collaboration: Part 1 – A Descriptive Overview. *Am Dent Hyg Assoc.* 2011; 85(3): 181-92.
50. **Soell M, Miliauskaite A, Hassan M, Haïkel Y, Selimovic D.** Diabète et santé bucco-dentaire. *Médecine Mal Métaboliques.* 2007; 1(4): 43-9.
51. **Spencley J, Mellins G.** Oncology here and there: the role of the hygienist. *Dent Health (London).* 1992; 31(5): 11-2.
52. **Suomi JD, Greene JC, Vermillion JR, Doyle J, Chang JJ, Leatherwood EC.** The effect of controlled oral hygiene procedures on the progression of peridontal disease in adults: results after third and final year. *J Periodontol.* 1971; 42(3): 152-60.
53. **Vermaire JH.** Application of the Nexø method in a general dental practice in the Netherlands: 6-year results of a RCT. *Int J Dent Hyg.* 2018; 0(0): 1-7.
54. **Waldron C.** Results of a survey of current work practices and future aspirations of members of the Irish Dental Hygienists Association, relative to their scope of practice. *J Ir Dent Assoc.* 2016; 62(1): 49-54.
55. **Wilkie SD, Gurenlian JR, Freudenthal JJ.** Volunteerism among Dental Hygienists: The Relationship between a Practice Act Incentive, Behaviors, Perceptions and Motivational Orientations. *J Dent Hyg.* 2015; 89(5): 338-48.
56. **Wilmot EG, Edwardson CL, Achana FA, Davies MJ, Gorely T, Gray LJ, et coll.** Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: systematic review and meta-analysis. *Diabetologia.* 2012; 55(11): 2895-905.
57. **Wilson TG.** Supportive periodontal treatment introduction: definition, extent of need, therapeutic objectives, frequency and efficacy. *Periodontol 2000.* 1996; 12(1): 11-5.
58. **Yoneyama T, Yoshida M, Ohruï T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiba K, et coll.** Oral Care Reduces Pneumonia in Older Patients in Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc.* 2002; 50(3): 430-3.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ÉLECTRONIQUES

-
59. **Association Canadienne des Hygiénistes dentaires (ACHD)**. Compétences canadiennes à l'égard des programmes de baccalauréat en hygiène dentaire [Internet]. 2015 [consulté le 21 avr 2018] Disponible sur : https://files.cdha.ca/profession/CCBDHP_report_Fr.pdf
60. **Agir pour la Santé Dentaire (ASD)**. La santé bucco-dentaire : un enjeu de santé publique [Internet]. 2018 [consulté le 5 mai 2018 ; joint en annexe]. Disponible sur : <http://agirsd.fr/wp-content/uploads/2018/04/180402-La-santé-bucco-dentaire-un-enjeu-de-santé-publique.pdf>
61. **Carlac'H D, Ouardirhi M, Romeo K**. L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas. *DREES. Études & Recherche (136)* [Internet]. 2018 [consulté le 15 avr 2018]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt136.pdf>
62. **Carlet J, Le Coz P**. Rapport du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques : tous ensemble sauvons les antibiotiques [Internet]. 2015 [consulté le 19 avr 2018]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_antibiotiques.pdf
63. **Carlet J, Shlemmer B**. Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable [Internet]. 2015 [consulté le 19 avr 2018]. Disponible sur : http://news.utip.fr/newsletter/2015/23_11/Bilan-surveillance_antibio_invs_anism.pdf
64. **Chamouilli L**. Profession : hygiéniste dentaire [Internet]. 2015 [consulté le 20 avr 2018]. Disponible sur : <http://www.binhas.fr/profession-hygieniste-dentaire/>

65. **Coutant G.** Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V : ANNEXE [Internet]. 2009 [consulté le 22 avr 2018]. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html>
66. **Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Santé Publique France.** L'état de santé de la population en France : Rapport 2017 [Internet]. 2017 [consulté le 11 mai 2018]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
67. **Etienne D.** Traitement d'une parodontite chronique modérée : de la décision thérapeutique initiale à la gestion des complications dans la maintenance à long terme (1983-2017). AOnews Mag. [Internet]. 2017 [consulté le 29 avr 2018]; (14): 10-3. Disponible sur : <http://www.aonews-lemag.fr/parodontite-chronique-traitement-pluridisciplinaire/>
68. **Fédération Dentaire Internationale (FDI).** La Vision 2020 de la FDI : une prospection sur l'avenir de la santé bucco-dentaire [Internet]. 2012 [consulté le 21 avr 2018] Disponible sur : www.fdiworldental.org/sites/default/files/media/resources/fdi-vision_2020-fr.pdf
69. **Fédération Dentaire Internationale (FDI).** L'enjeu des maladies bucco-dentaires : un appel pour une action mondiale [Internet]. 2^e édition. 2015 [consulté le 17 avril 2018]. Disponible sur : www.fdiworldental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_oh2_french.pdf
70. **Gies WJ.** Dental education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching [Internet]. 1926. [consulté le 20 avr 2018]. Disponible sur : <https://dalspace.library.dal.ca/handle/10222/42804>
71. **Herrera D.** Raising awareness about periodontal disease [Internet]. 2017 [consulté le 17 avr 2018]. Disponible sur : <https://www.fdiworldental.org/news/20170712/raising-awareness-about-periodontal-disease>
72. **International Federation of Dental Hygienists (IFDH)** [Internet]. n.c. [consulté le 16 avr 2018]. Disponible sur : <http://www.ifdh.org>

73. **Joannes C.** Déroulement des études en soins infirmiers après le concours [*Internet*]. 2009 [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/concours-ifs/pendant-les-etudes/apres-le-concours-infirmier-le-deroulement-des-etudes.html>
74. **L'observatoire de la Sédentarité.** Surpoids, syndrome métabolique, cancer : les risques de la sédentarité [*Internet*]. 2013 [consulté le 21 mars 2018]. Disponible sur : <http://observatoiresedentarite.com/surpoids-syndrome-metabolique-cancer-la-sedentarite-tue/>
75. **Légifrance.** Décret no 2016-1646 du 1er décembre 2016 relatif aux modalités d'exercice de la profession d'assistant dentaire [*Internet*]. 2016 [consulté le 5 mai 2018]. Disponible sur : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/fileadmin/user_upload/pdf/news/2017_mars_decret_etudiant_.pdf
76. **Leny L.** Alimentation trop riche en sucre : danger ! [*Internet*]. 2011 [consulté le 25 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.santemagazine.fr/alimentation/aliments-et-sante/alimentation-trop-riche-en-sucre-danger-170900>
77. **Locquet C, Laurence M, Audraud A, Augé-Caumon MJ, Bigel C, Brun N, et coll.** Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [*Internet*]. 2014 [consulté le 20 mars 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_delaboration_reperage_alcool_cannabis_tabac_-_rapport_delaboration.pdf
78. **Millien C.** En 2015, un tiers des nouveaux chirurgien·ne·s-dentistes ont obtenu leur diplôme à l'étranger. Etude & Résultats [*Internet*]. 2017 [consulté le 18 avr 2018] ; (1026). Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1026.pdf>
79. **Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS).** Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes [*Internet*]. 2013 [consulté le 11 mai 2018]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf
80. **Rigal E, Micheau J.** Le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions - Une étude qualitative [*Internet*]. 2007 [consulté le 22 avr 2018]. p. 29-30. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_metier_de_chirurgien_dentiste_-_caracteristiques_actuelles_et_evolutions.pdf

81. **Safon M-O.** Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger : bibliographie thématique [*Internet*]. 2018 [consulté le 30 avr 2018] ; Disponible sur : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf>
82. **Santé Publique France, Direction générale de la santé et membres du groupe de travail de l'Anses.** Synthèse pour les professionnels des recommandations de l'Anses de février 2016 sur l'activité physique et la sédentarité [*Internet*]. 2017 [consulté le 29 mars 2018]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2017/Synthese-pour-les-professionnels-des-recommandations-de-l-Anses-de-fevrier-2016-sur-l-activite-physique-et-la-sedentarite>
83. **Sécurité Sociale.** Les dépenses de soins dentaires [*Internet*]. 2016 [consulté le 28 avr 2018]. Disponible sur : <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/fiche3.pdf>
84. **World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen.** Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases; report of a WHO working group [internet]. 1998. [consulté le 20 mars 2018]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf

DOCUMENTS ANNEXES

Titre du document et description	Chapitre concernés	Page	Lien
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Annexe 1 : Tableau démographique des pays européens</u> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Synthèse des chiffres de démographie des professions de chirurgien-dentiste et d'hygiéniste dentaire ainsi que les dates de création du métier d'hygiéniste dentaire dans différents pays. ▸ Source : création personnelle, d'après les sources citées en bas du document. 	[Chapitre I] 1.1.3. Le tour du monde en 80 ans 1.2.3.2 Les différentes mises en œuvre de cette col...	p.30 p.41	PDF
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Annexe 2 : Organigramme des rubriques</u> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Décrit les différents groupes numérotés de questions (appelés rubriques) du sondage et leurs liens l'une vers les suivantes possibles en fonction des réponses données ▸ Source : création personnelle 	[Chapitre II] 1.3.1. Trame et organisation des questions	p.95	PDF
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Annexe 3 : Tableau de coordination des documents annexés au sondage</u> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Cf. explication dans le développement ▸ Source : création personnelle 	[Chapitre II] 1.3.1. Trame et organisation des questions	p.97	PDF
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Annexe 4 : Les questions du sondage</u> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Impression du document non-modifiable faisant apparaître toutes les questions du sondage, dans l'ordre des numéros de rubriques ▸ Source : généré par <i>Google Form</i> 	[Chapitre II] 1.3.1. Trame et organisation des questions	p.96	PDF
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Annexe 5 : La Santé bucco-dentaire, un enjeu de santé publique</u> <ul style="list-style-type: none"> ▸ État des lieux de la santé bucco-dentaire en France, établissement de ses besoins et propositions de l'association ASD ; document du 28 Mars 2018 [60] ▸ Source : agirsd.fr 	[Chapitre III]	De p.165 à p.226	PDF

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ	5
REMERCIEMENTS	7
TABLEAUX ET FIGURES	13
Tableaux numérotés	15
Chapitre I	15
Chapitre II	15
Chapitre III	16
Figures numérotées	17
Chapitre I	17
Chapitre II	17
Chapitre III	19
TABLE DES ABRÉVIATIONS	21
INTRODUCTION GÉNÉRALE	23
SOMMAIRE	25

Développement du sujet

CONCLUSION	257
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	259
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ÉLECTRONIQUES	264
DOCUMENTS ANNEXES	269

<u>CHAPITRE I : L'HYGIÉNISTE DENTAIRE</u>	27
1. Histoire de la profession d'hygiéniste dentaire	28
1.1 Origines et développement d'un métier féminin	28
1.1.1 Les premières apparitions	28
1.1.2 Officialisation : le combat de Alfred C. Fones [23]	29
1.1.3 Le tour du monde en 80 ans	30
1.2 Caractéristiques de la profession à travers le monde	32
1.2.1 Capacités et qualités requises des hygiénistes	32
• Exemples de Suisse et d'Ontario	32
• Pologne : synthèse des caractéristiques de l'hygiéniste dentaire	32
• La communication : une qualité humaine « de choix »	35
1.2.2 Compétences acquises, formations et diplômes	35
• Centres de formation des hygiénistes dentaires en Europe	35
• Disparités de formation et valeur des diplômes	37
1.2.3 Situation socio-professionnelle et rapport au chirurgien-dentiste	40
• Cadrage de la Fédération Dentaire Internationale [68]	40
• Les différentes mises en œuvre de cette « collaboration »	41
• La compétence appelle à l'indépendance : les revendications des hygiénistes dentaires qui ne plaisent pas toujours aux dentistes	44
2. Activité professionnelle d'un auxiliaire de prévention en secteur privé	46
2.1 Prévention primaire : sensibilisation, information et motivation	46
2.1.1 Prévention bucco-dentaire	46
• Motivation à l'hygiène et éducation à la santé bucco-dentaire	46
• Santé bucco-dentaire et pathologies générales [46]	48
2.1.2 Conseils personnalisés à l'hygiène de vie	49
• Conseil nutritionnel et d'activité physique et sportive	49
• Risques bucco-dentaires de certaines activités sportives	50
• Sensibilisation et accompagnement liés à la consommation de substances addictives	50
2.2 Prévention secondaire : dépistage et intervention	51
2.2.1 Les facteurs d'un risque carieux élevé	51
• La carie dentaire est une maladie multifactorielle	51
• La prévalence carieuse et le taux de recours au soin	52
• Identification d'une alimentation cariogène	54
2.2.2 Dépistage des risques parodontaux	55
• Les hygiénistes dentaires sont une arme de première ligne	55
• Dépistage et traitement de la gingivite et parodontopathie	56
• Vigilance et prévention pour lutter contre l'antibiorésistance	58
2.2.3 Dépistage de facteurs de risques systémiques	58
• Dépistage de pathologies générales	58

•	Dépistage des comportements à risque : le RPIB	60
•	Comportements nuisibles dépistables en bouche	61
2.3	Prévention tertiaire : interception prophylactique	63
2.3.1	Risque carieux et soins prophylactiques	63
2.3.2	Parodontopathie et Thérapie Parodontale de Soutien	64
•	Principes généraux et objectif	64
•	Place de la TPS dans le plan de traitement parodontal	64
2.3.3	Suivi post-opératoire des traitements prothétiques et chirurgicaux	66
•	Prothèses amovibles	66
•	Prothèses fixes	67
•	Chirurgie et suivi post-opératoire	67
3.	Activité professionnelle d'un auxiliaire de prévention en secteur public	68
3.1	Action globale en Santé Publique	68
3.1.1	Promotion de santé à l'international : la place des hygiénistes	68
•	Lieux d'intervention des hygiénistes dentaires	68
•	Promotion par l'OMS des soins primaires de santé	69
•	Questions sur l'élargissement des compétences des hygiénistes dentaires au secteur public dans certains pays	70
3.1.2	L'image de marque des hygiénistes dentaires : la crédibilité	71
•	Communication et média : la crédibilité des hygiénistes dentaires	71
•	Témoignage de la directrice exécutive du ACHD	72
•	Une image en accord avec la définition du métier	73
3.1.3	Volontariat aux États-Unis : les développements en faveur de l'altruisme des hygiénistes se poursuivent	74
•	Étude de Sandra D. Wilkie et al., 2015 [55]	74
•	Étude de Lynn A. Marsh, de l'ADHA, 2012 [41]	75
3.2	Actions auprès des populations spécifiques	76
3.2.1	Actions auprès des enfants	76
•	Les enfants sont les adultes de demain	76
•	L'adolescence, une période difficile pour l'hygiène bucco-dentaire	77
•	Action dans les collèges : une étude Suédoise	78
3.2.2	Actions auprès des personnes dépendantes	79
•	Odontologie gériatrique	79
•	Cancer et soins palliatifs	81
•	Handicap	82
	Conclusion sur le métier d'hygiéniste dentaire	83

<u>CHAPITRE II : LE SONDAGE SUR LES HYGIÉNISTES DENTAIRES</u>	85
1. La Création du Sondage	86
1.1 Les enjeux, problématiques et outils de sondage	86
1.1.1 Élargissement et diversification de la population de sondé	86
• Intérêt de départ : l'opinion des chirurgiens-dentistes	86
• Extension progressive aux patients et aux autres professions	87
• Aboutissement à huit catégories	88
1.1.2 Moyens de mise en œuvre : « <i>Google Forms</i> » et « <i>Facebook</i> »	89
• Présentation de <i>Google Forms</i>	89
• Présentation de <i>Facebook</i>	90
1.1.3 Contraintes	90
• Volonté de réponses intéressantes : quantité et qualité	90
• La méconnaissance du sujet	91
1.2 Objectifs du sondage : les données recherchées	92
1.2.1 Parmi les équipes de soins bucco-dentaires françaises	92
• Informations attendues sur les chirurgiens-dentistes	92
• Les assistantes dentaires	93
1.2.2 Population des patients	93
• Population générale (PG = P + S + I)	93
• Cas particulier des infirmières	93
1.2.3 Opportunité de répondants étrangers	94
• Le projet avorté d'une version internationale du sondage	94
• Réponses de praticiens exerçant à étrangers	94
1.3 Notice de lecture des documents annexés au sondage	95
1.3.1 Trame et organisation des questions	95
• <i>Google Forms</i> : les rubriques du sondage en ligne	95
• Le contenu des questions : le sondage imprimable (annexe 4)	96
• Tableau de coordination des documents (annexe 3)	97
1.3.2 Récupération des données	98
• L'analyse des données par <i>Google Forms</i>	98
• Les limites de l'analyse automatique	98
1.3.3 Analyse des données	99
• Le tableur et les données « brutes »	99
• Méthodes d'analyse des données statistiques	99
2. Questions posées et statistiques sur les réponses	100
2.1 Précisions d'analyses	100
2.1.1 Précisions sur les données aberrantes	100
2.1.2 Généralités sur la population des sondés	101
• Proportion d'hommes et de femmes (2)	101

• Les tranches d'âge de la population (3)	101
• Les catégories professionnelles	102
2.2 Réponses des chirurgiens-dentistes	102
2.2.1 Réponses des étudiants en dentaire (64 sondés)	102
2.2.2 Préalable : nationalité (5), pays d'obtention du diplôme (6), et pays d'exercice (7)	103
2.2.3 Réponses des dentistes exerçant en France (264 sondés)	104
• Préalable	104
• Description des exercices en France	106
• Sondage des dentistes exerçant en France à propos des hygiénistes dentaires	107
2.2.4 Réponses des dentistes exerçant à l'étranger (10 sondés)	109
• Préalable : question sur le pays d'exercice	109
• Exercice avec hygiéniste dentaire (8 sondés)	110
• Exercice à l'étranger sans hygiéniste dentaire (2 sondés)	112
• Sondage des dentistes exerçant à l'étranger à propos des hygiénistes dentaires	112
2.3 Réponses des infirmières	114
2.3.1 Préalable : environnement de travail (29 sondés)	114
2.3.2 Des questions spécifiques pour les infirmières en activité	114
• Questions aux infirmières libérales (7 sondés)	114
• Questions aux infirmières salariées (22 sondés)	115
2.3.3 Questions sur les connaissances de l'hygiène bucco-dentaire	116
• Évaluation subjective de l'importance de la santé bucco-dentaire	116
• Enseignement à l'hygiène bucco-dentaire	118
2.3.4 Questions sur les spécialisations des infirmier(ère)s	119
2.3.5 Sondage des infirmier(ère)s sur les hygiénistes dentaires	120
• Prévention et hygiénistes dentaires en France : opinion	120
• L'hypothèse de l'infirmier(ère)s hygiéniste dentaire	120
2.4 Réponses des hygiénistes (14 sondées)	121
2.4.1 Contexte d'exercice	121
2.4.2 Sondage des hygiénistes dentaires sur la création de leur métier en France	122
2.5 Réponses des assistantes dentaires	124
2.5.1 Préalable (22 sondées)	124
2.5.2 Sondage des assistantes dentaire sur les hygiénistes dentaires	124
2.6 Réponses de la population générale (227 sondés)	126
2.6.1 Préalable : division de la population générale	126
2.6.2 Réponses des patients français (184 sondés)	126
• Évaluation subjective de l'importance de la santé bucco-dentaire	126
• Enseignement à l'hygiène bucco-dentaire	128
• Prévention et hygiénistes dentaires en France : opinion	129
2.6.3 Réponses des professionnels de santé (33 sondés)	130
• Évaluation subjective de l'importance de la santé bucco-dentaire	130
• Enseignement à l'hygiène bucco-dentaire	132

•	Prévention et hygiénistes dentaires en France : opinion	133
2.6.4	Réponses des patients étrangers (10 sondés)	134
•	Évaluation subjective de l'importance de la santé bucco-dentaire	134
•	Enseignement à l'hygiène bucco-dentaire	136
•	Prévention et hygiénistes dentaires en France : opinion	137
3.	Croisement, analyse et synthèse des résultats	138
3.1	Représentativité des populations de sondés	138
3.1.1	Populations des chirurgiens-dentistes	138
•	Données générales	138
•	Type d'exercice des chirurgiens-dentistes de France	140
•	Chirurgiens-dentistes exerçant à l'étranger	141
3.1.2	Représentativité de la population générale	141
3.1.3	Représentativité des auxiliaires de santé	142
	Conclusion sur la représentativité des échantillons	142
3.2	Résultats des réponses des chirurgiens-dentistes	143
3.2.1	Les chirurgiens-dentistes vis-à-vis de la délégation des actes	143
•	Réponses relatives à la création du métier hygiénistes dentaires	143
•	Réponses relatives à la délégation des actes	143
3.2.2	Réponses relatives aux caractéristiques de la pratique	150
•	Diversification des secteurs d'activité	150
•	Organisation du temps de travail	151
•	Rapport « auxiliaire de santé par chirurgien-dentiste »	152
3.2.3	Les commentaires des chirurgiens-dentistes (à la fin du sondage)	153
•	Exemples de commentaires courts et positifs vis-à-vis de la création du métier d'hygiénistes dentaires en France	153
•	Synthèse des arguments allant à l'encontre de la création du métier d'hygiéniste dentaire en France	154
3.3	Analyse des réponses des autres sondés	158
3.3.1	Comparaison entre les populations à questions communes	158
•	Connaissances des risques liés à une mauvaise hygiène bucco-dentaire	159
•	Pratique des gestes d'hygiène bucco-dentaire	159
•	Sources des connaissances des patients et hygiène interdentaire	159
3.3.2	Analyse des réponses spécifiques à certaines populations	161
•	Les assistantes dentaires : simple rappel des résultats bruts	161
•	Les infirmier(ère)s	161
•	Les hygiénistes dentaires	162
3.3.3	Regrets à la suite du dépouillement	163
•	Représentativité des populations et interprétation des statistiques	163
•	Questions qui auraient pu figurer dans le sondage	163

<u>CHAPITRE III : CONFRONTATION DES RÉPONSES DU SONDAGE AU</u>	
<u>CONTEXTE MÉDICO-ÉCONOMIQUE FRANÇAIS</u>	165
1. La prévention bucco-dentaire chez les Français	166
1.1 Place de la France dans l'Europe	166
1.1.1 Français : les mauvais élèves de l'Europe ?	166
• Incidence des pathologies de la dent et du parodonte en France	166
• Les lacunes du système de prévention français	167
• Le concept d'éducation thérapeutique est méconnu en France	169
1.1.2 Organisation des soins bucco-dentaires en Europe	170
• Une étude récente de la DREES : Allemagne, Suède et Pays-Bas	170
• État de la santé bucco-dentaire en Allemagne et au Danemark	171
• Participation d'étrangers à notre sondage	172
1.1.3 Législation européenne : ouverture des frontières	174
• La loi sur la libre circulation des professionnels	174
• Aux yeux des pays étrangers, la France ne joue pas franc-jeu	175
• Proportion grandissante des dentistes formés à l'étranger.	176
1.2 Le métier d'hygiéniste dentaire pour remédier aux problèmes de la prévention bucco-dentaire en France	177
1.2.1 Les français veulent des hygiénistes dentaires !	177
• Rappel des résultats du sondage	177
• Suivi et motivation à la santé bucco-dentaire	178
• Avantages aux yeux du patient	179
1.2.2 Le recours aux soins de prophylaxie	180
• Hypothèse de la consultation attrayante et engageante	180
• La valeur attribuée de la santé bucco-dentaire et le budget accordé : deux mondes parallèles	181
• Facteurs influençant l'augmentation du recours aux soins	182
1.2.3 Les connaissances sur la prévention bucco-dentaire et les gestes d'hygiène	184
• Les risques d'un défaut d'hygiène bucco-dentaire sont méconnus	184
• Les principes d'hygiènes bucco-dentaire sont méconnus	185
• Quelques commentaires de notre échantillon de patients français	186
2. Situation professionnelle des chirurgiens-dentistes	189
2.1 Démographie des chirurgiens-dentistes	189
2.1.1 Disparités régionales de la démographie	189
• Etat des lieux	189
• Les constats de l'évolution actuelle de la démographie	190
• Le numerus clausus et sa légitimité	193
2.1.2 Évolutions démographiques potentielles à venir	195
• Facteurs actuels de l'équilibre offre/demande de soin	195

• L'activité des hygiénistes dentaires influencerait le rapport entre offre et demande de soins en France :	195
2.2 Les contraintes économiques et la difficulté de rentabiliser un cabinet dentaire en 2018	199
2.2.1 Les charges grandissantes du cabinet dentaire	199
• Progrès techniques et recommandations de bonne pratique	199
• Investissement, consommables et coûts de fonctionnement	199
2.2.2 Rémunération décente <i>versus</i> tarifs conventionnés	200
• Généralités sur la rémunération des professionnels de santé	200
• Des tarifs opposables déficitaires (Annexe 5, p.10-12)	201
• Tarifs conventionnés : un frein à l'exercice des hygiénistes dentaires aux yeux des chirurgiens-dentistes	202
2.3 Conséquences des contraintes démographiques et économiques	204
2.3.1 La surcharge de travail et l'épuisement professionnel en omnipratique	204
• Burn out chez les chirurgiens-dentistes	204
• La dichotomie « prévention <i>versus</i> réhabilitation » du chirurgien-dentiste : discussion sur la définition de l'offre de soin	205
• Démoralisation de la profession : témoignages	206
2.3.2 Les bouées de sauvetage des chirurgiens-dentistes libéraux	208
• La tendance au regroupement	208
• Le déconventionnement	208
• Les spécialisations et les formations post-universitaires	209
3. Hypothèse de la création d'un métier d'auxiliaire de prévention bucco-dentaire français et conséquences	210
3.1 À long terme : les bénéfiques en Santé Publique	210
3.1.1 Amélioration de la santé bucco-dentaire des français	210
• Pédagogie de l'enseignement à la santé bucco-dentaire	210
• Efficacité des séances d'initiation à l'hygiène personnalisées	212
• Conséquences de l'amélioration du contrôle de plaque	213
3.1.2 Conséquences des dépistages précoces pour la santé générale	215
• Santé générale et santé bucco-dentaire	215
• Cas particulier du diabète	216
• La prévention comme moyen de lutte contre la résistance aux antibiotiques	217
3.1.3 Enseignement à l'hygiène de vie : état des lieux sur les habitudes de vie en France et axes d'améliorations	219
• Consommation à risque et dépendance	219
• Nutrition, sédentarité et activité physique	221
• Bilan des besoins de la population française	224
Conclusion sur les intérêts en Santé Publique	225
3.2 À moyen terme : les bénéfiques en odontologie libérale	227
3.2.1 Les axes d'épanouissement du chirurgien-dentiste	227

• Amélioration du confort de travail au cabinet dentaire	227
• Amélioration du rendement financier	229
• Donner une nouvelle valeur aux acquis des six années d'études en omnipratique	230
3.2.2 Hypothèses de condition de travail de l'hygiéniste dentaire	234
• En indépendance d'installation et de pratique	234
• En collaboration libérale avec au moins un chirurgien-dentiste	236
• Embauché en salariat dans un cabinet dentaire	236
3.2.3 Simulations financières prospectives d'un cabinet embauchant une hygiéniste dentaire en salariat	237
• Positionnement et calcul des paramètres de simulation	237
• Calcul des CA moyens par heure, par mois et par an en fonction de la rapidité d'exécution des actes, à qualités équivalentes	238
• Compte de résultat analytique et conclusion	240
Conclusion sur les bénéfices de l'exercice de l'hygiéniste dentaire au sein du cabinet d'odontologie	242
3.3 À court terme : postulats sur les formations possibles pour le diplôme d'hygiéniste dentaire	243
3.3.1 Pour les assistant(e)s dentaires qualifié(e)s et expérimenté(e)s	243
• Enregistrement des assistant(e)s dentaire au CSP	243
• Enregistrement des assistant(e)s dentaires au CSP	243
• Formations requises pour la profession d'hygiéniste dentaire	246
• Les commentaires du sondage : les assistantes dentaires	247
3.3.2 Pour les infirmier(ère)s : cursus de spécialisation	249
• Descriptif des missions de santé des professionnels d'infirmierie	249
• Une hypothétique nouvelle spécialisation : l'hygiène dentaire	250
• Les avantages et inconvénients de ce postulat	252
3.3.3 Pour les étudiant(e)s en chirurgie dentaire	254
• Hypothèse d'une « porte de sortie de secours »	254
• Hygiéniste dentaire : un métier qui plaît	255
• Les commentaires issus de notre sondage	255

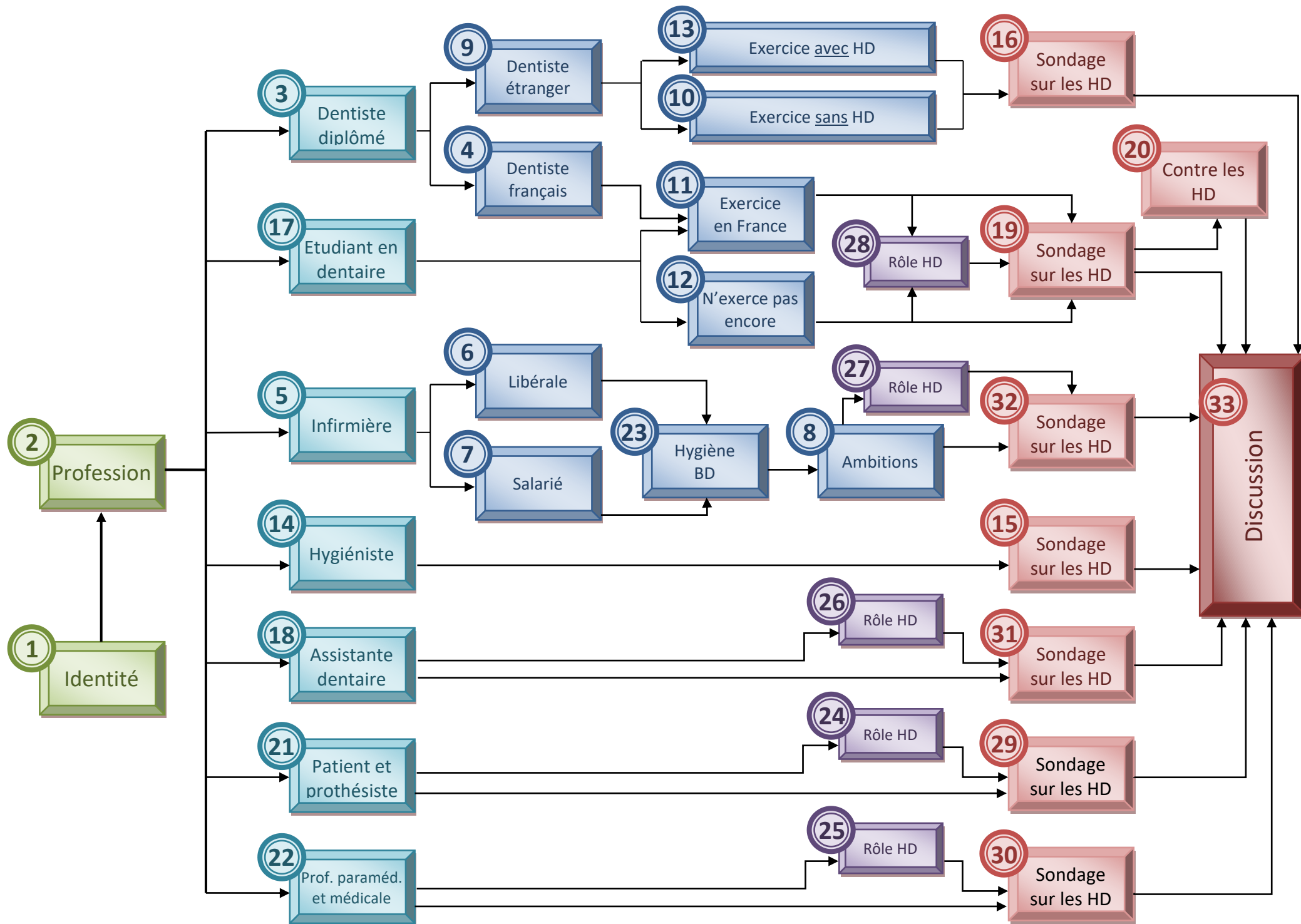
Tableau annexe 1 :

Compilation de valeurs statistiques sur la démographie et la pratique des professions d'hygiéniste dentaire dans les Pays membres de l'UE et sept autres pays.

	Démographie					Dates		Type de pratique			
	Nombre de dentistes pour 100 000 habitants	Population générale	Nombre de chirurgiens-dentistes (C.D.)	Nombre d'hygiénistes dentaires (H.D.)	Ratio [nombre de C.D.] / [nombre d'H.D.]	Premières activités des hygiénistes dentaires	Législation du métier d'hygiénistes dentaires	"Hygiéniste assistant"	"Hygiéniste collaboratrice"	"Hygiéniste indépendante"	
Les 28 Etats membres de l'Union Européenne	Allemagne	72	82 799 977	60 000	150	▼ 400,00	1994	2013	X	X	X
	Autriche	40	8 767 919	3 500	10	▼ 350,00	<2000	Légal	X	X	X
	Belgique	76	11 358 357	8 673	350 étud.	■ 24,78	2018	2018			
	Bulgarie		7 101 859	n.r.	n.r.		n.r.	n.r.			
	Chypre	59	1 179 732	696	3	▼ 232,00	<2000	Légal		X	X
	Croatie		4 190 689	n.r.	n.r.		n.r.	n.r.			
	Danemark	87	5 745 526	5 000	1 660	▲ 3,01	1972	1986		X	X
	Espagne	62	46 528 966	29 000	13 200	▲ 2,20	1989	1986		X	
	Estonie	95	1 315 635	1 250	32	■ 39,06	2007	Légal			
	Finlande	82	5 510 976	4 500	1 490	▲ 3,02	1976	1972		X	X
	France	62	67 186 638	41 549	0	-	-	-	-	-	-
	Grèce	120	10 709 986	12 800	0	-	-	-	-	-	-
	Hongrie	51	9 830 485	4 973	1 000	▲ 4,97	n.r.	n.r.	X		
	Irlande	46	4 792 465	2 200	473	▲ 4,65	n.r.	1985		X	
	Italie	76	60 494 785	46 000	4 000	■ 11,50	1978	1988		X	X
	Lettonie	73	2 028 200	1 474	219	▲ 6,73	1996	1996		X	X
	Lituanie	128	2 821 674	3 610	572	▲ 6,31	1996	1996		X	X
	Luxembourg	49	590 667	287	0	-	-	-	-	-	-
	Malte	39	440 433	170	21	▲ 8,10	n.r.	n.r.			X
	Pays-Bas	51	17 182 462	8 773	3 200	▲ 2,74	1968	1974		X	X
Pologne	57	38 422 346	21 800	2 500	▲ 8,72	n.r.	1973		X		
Portugal	79	10 303 265	8 147	520	■ 15,67	1983	1983		X		
Rép. Tchèque	72	10 538 063	7 622	896	▲ 8,51	1996	1996		X		
Roumanie	65	22 222 894	14 400	100	▼ 144,00	n.r.	2002	X			
Royaume-Uni	60	65 648 054	39 432	7 133	▲ 5,53	1952	1954		X	X	
Slovaquie	62	5 404 322	3 330	187	■ 17,81	n.r.	1992		X	X	
Slovénie	66	2 064 836	1 358	15	▼ 90,53	n.r.	n.r.		X		
Suède	74	10 112 669	7 528	3 749	▲ 2,01	1968	1991		X	X	
Autres pays	Islande	80	338 349	269	23	■ 11,70	n.r.	1978		X	
	Norvège	87	5 252 166	4 576	902	▲ 5,07	1923	1979		X	X
	Suisse	88	8 431 702	7 400	1 800	▲ 4,11	1973	1975,91		X	X
	Australie	74	24 761 274	18 204	1 916	▲ 9,50	n.r.	n.r.	X	X	
	Canada	51	36 963 854	19 000	21 500	▲ 0,88	1908	1926	X	X	X
	Etats-Unis	47	327 017 405	153 500	207 100	▲ 0,74	1883	1923	X	X	X
	Japon	78	126 730 302	99 426	228 147	▲ 0,44	n.r.	n.r.	X		

Sources :

- CoopHDQuébec, 2013 : L'hygiène dentaire : un service essentiel chez la population du Québec
- Int J Dent Hygiene 1, 2003; 29-42 Luciak-Donsberger C : Origins and benefits of dental hygiene practice in Europe
- British Dental Journal 2003; 195: 595-598 K. A. Eaton and al. : A survey of dental hygienist numbers in Canada, the European Economic area, Japan and the United States of America
- Int J Dent Hygiene 7, 2009; 273-284 C Luciak-Donsberger, KA Eaton : Dental hygienists in Europe: trends towards harmonization of education and practice since 2003
- <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>
- expériences personnelles



Rubr. Gform	Page Pdf	Quest Pdf	Colonne Excel	
1	1	1	B	
		2	C	
		3	D	
2	2	4	E	
3		5	F	
		6	G	
		7	H	
4	3-5	8	I	
		5	J	
		10	K	
		11	L	
		12	M	
	6	6	13	N
			14	O
			15	P
	5	7-9	16	Q
			17	R
	6	9	18	S
			19	T
			20	U
			21	V
	7	10	22	W
11			23	X
		24	Y	
		25	Z	
		12	26	A A
8	12	27	A B	
		28	A C	
		29	A D	
9	13	30	A E	
		31	A F	
		32	A G	
		33	A H	
10	14	34	A I	
		35	A J	

Rubr. Gform	Page Pdf	Quest Pdf	Colonne Excel		
10	14	36	A K		
		37	A L		
	15	38	A M		
		39	A N		
		40	A O		
		41	A P		
		42	A Q		
		43	A R		
11	16	44	A S		
		45	A T		
		46	A U		
		47	A V		
		17	48	A W	
			49	A X	
		12	13	50	A Y
51	A Z				
14	18	52	B A		
		53	B B		
		54	B C		
		55	B D		
		56	B E		
		57	B F		
	19	19	58	B G	
			59	B H	
			60	B I	
	20	20	61	B J	
			62	B K	
	21	21	63	B L	
64			B M		
65			B N		
66			B O		
67			B P		
68			B Q		
22			22	69	B R
70				B S	

Rubr. Gform	Page Pdf	Quest Pdf	Colonne Excel
14	22	71	B T
15		72	B U
		73	B V
23	23	74	BW CH
		75	CI CT
16	24	76	C U
		77	C V
	25	78	C W
		79	CX DI
26	26	80	DJ DU
		81	D V
17		82	D W
18	27-29	83	D X
	29	84	D Y
19	30	85	D Z
		86	E A
	31	87	EB EM
		88	EN EY
20	32	89	E Z
		90	F A
21	32	91	F B
		92	F C
		93	F D
		94	F E
		95	FF FR
33	33	96	FS GC
		97	G D
		98	G E
		99	G F
22	35	100	G G
		101	G H
		102	G I
		103	G J
		104	G K
		105	G L

Rubr. Gform	Page Pdf	Quest Pdf	Colonne Excel		
22	36	106	G M		
		107	GN GZ		
		108	HA HK		
		109	H L		
		110	H M		
	37	37	111	H N	
			112	H O	
			113	H P	
			114	H Q	
			115	H R	
	23	39	116	H S	
			117	HT IF	
		40	40	118	IG IQ
				119	I R
				120	I S
121				I T	
122				I U	
41	41	123	I V		
		124	I W		
29	43	125	I X		
	30	44	126	IY JD	
127			J E		
128			J F		
129			JG JL		
31	45	130	J M		
		131	J N		
		132	JO JS		
32	46	133	J T		
		134	J U		
		135	J V		
		136	JW KC		
33	47	137	K D		
		138	K E		
		139	K F		
		140	K G		

Sondage sur le métier d'hygiéniste dentaire

Les informations recueillies dans ce formulaire sont strictement anonymes et n'auront aucunement le rôle de pétition, de vote ou de prise de position ferme du participant : la récolte de ces données et leur organisation statistique permettra simplement l'élaboration de résultat de sondage à but indicatif dans une thèse d'exercice.

La thématique de cette thèse vise à faire un état des lieux de l'éventuelle utilité, en France, du métier connu à l'étranger sous le nom "d'hygiéniste dentaire".

Ce questionnaire s'adresse à tout un chacun, dentiste ou non, les questions posées étant redirigées en fonction des réponses (formulaire dynamique)

Une adresse e-mail est demandée uniquement dans le but d'éviter les réponses multiples d'une même personne à ce questionnaire. Elle ne sera en aucun cas divulguée ni utilisée à des fins commerciales.

***Obligatoire**

1. Adresse e-mail *

2. Vous êtes... *

Une seule réponse possible.

Une femme

Un homme

3. Quelle est votre année de naissance ? *

Une seule réponse possible.

Avant 1940

de 1940 à 1944

de 1945 à 1949

de 1950 à 1954

de 1955 à 1959

de 1960 à 1964

de 1965 à 1969

de 1970 à 1974

de 1975 à 1979

de 1980 à 1984

de 1985 à 1989

de 1990 à 1994

de 1995 à 1999

Votre situation professionnelle

4. Vous êtes... **Une seule réponse possible.*

- Un(e) dentiste diplômé(e) *Passez à la question 4.*
- Un(e) étudiant(e) en dentaire *Passez à la question 81.*
- Un(e) assistant(e) dentaire *Passez à la question 82.*
- Un(e) hygiéniste dentaire *Passez à la question 60.*
- Un(e) infirmier(ère) *Passez à la question 15.*
- Autre profession médicale ou paramédicale *Passez à la question 102.*
- Patient (= profession non liée à la dentisterie) ou prothésiste *Passez à la question 90.*

Vous êtes un(e) dentiste diplômé(e)**5. De quelle nationalité êtes-vous?***Plusieurs réponses possibles.*

- Française
- Autre : _____

6. Où avez-vous fait vos études ?*Plusieurs réponses possibles.*

- Diplômé(e) en France
- Autre : _____

7. Où travaillez-vous ? **Une seule réponse possible.*

- En France *Passez à la question 7.*
- Autre : _____ *Passez à la question 30.*

Vous exercez en France

8. Choisissez votre département **Une seule réponse possible.*

- 01 - Ain
- 02 - Aisne
- 03 - Allier
- 04 - Alpes-de-Haute-Provence
- 05 - Hautes-Alpes
- 06 - Alpes-Maritimes
- 07 - Ardèche
- 08 - Ardennes
- 09 - Ariège
- 10 - Aube
- 11 - Aude
- 12 - Aveyron
- 13 - Bouches-du-Rhône
- 14 - Calvados
- 15 - Cantal
- 16 - Charente
- 17 - Charente-Maritime
- 18 - Cher
- 19 - Corrèze
- 2A - Corse-du-Sud
- 2B - Haute-Corse
- 21 - Côtes d'Or
- 22 - Côtes d'Armor
- 23 - Creuse
- 24 - Dordogne
- 25 - Doubs
- 26 - Drôme
- 27 - Eure
- 28 - Eure-et-Loir
- 29 - Finistère
- 30 - Gard
- 31 - Haute-Garonne
- 32 - Gers
- 33 - Gironde
- 34 - Hérault
- 35 - Ille-et-Vilaine
- 36 - Indre
- 37 - Indre-et-Loire
- 38 - Isère
- 39 - Jura
- 40 - Landes
- 41 - Loir-et-Cher

- 42 - Loire
- 43 - Haute-Loire
- 44 - Loire-Atlantique
- 45 - Loiret
- 46 - Lot
- 47 - Lot-et-Garonne
- 48 - Lozère
- 49 - Maine-et-Loire
- 50 - Manche
- 51 - Marne
- 52 - Haute-Marne
- 53 - Mayenne
- 54 - Meurthe-et-Moselle
- 55 - Meuse
- 56 - Morbihan
- 57 - Moselle
- 58 - Nièvre
- 59 - Nord
- 60 - Oise
- 61 - Orne
- 62 - Pas-de-Calais
- 63 - Puy-de-Dôme
- 64 - Pyrénées-Atlantiques
- 65 - Hautes-Pyrénées
- 66 - Pyrénées-Orientales
- 67 - Bas-Rhin
- 68 - Haut-Rhin
- 69 - Rhône
- 70 - Haute-Saône
- 71 - Saône-et-Loire
- 72 - Sarthe
- 73 - Savoie
- 74 - Haute-Savoie
- 75 - Paris
- 76 - Seine-Maritime
- 77 - Seine-et-Marne
- 78 - Yvelines
- 79 - Deux-Sèvres
- 80 - Somme
- 81 - Tam
- 82 - Tam-et-Garonne
- 83 - Var
- 84 - Vaucluse
- 85 - Vendée

- 86 - Vienne
 87 - Haute-Vienne
 88 - Vosges
 89 - Yonne
 90 - Territoire de Belfort
 91 - Essonne
 92 - Hauts-de-Seine
 93 - Seine-Saint-Denis
 94 - Val-de-Marne
 95 - Val-d'Oise
 971 - Guadeloupe
 972 - Martinique
 973 - Guyane
 974 - La Réunion
 976 - Mayotte

9. Votre structure de travail

Plusieurs réponses possibles.

- Cabinet libéral
 Cabinet mutualiste ou CPAM
 Clinique dentaire ou structure hospitalière
 Autre : _____

10. En moyenne, combien d'heures par semaine passez-vous au fauteuil ?

Merci d'écrire au format numérique (exemple : 22,5)

11. En moyenne, combien de semaine travaillez-vous par an ?

Merci d'écrire un nombre entier (exemple : 42).
Faites globalement la moyenne de ces trois dernières années.

12. Combien de dentistes composent votre cabinet ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Vous travaillez seul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Votre centre de santé est composé 10 dentistes ou plus

13. Combien d'assistantes vous accompagnent dans cette structure ?*Une seule réponse possible.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas d'assistante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 assistantes ou plus

14. En moyenne, combien de semaine de délais votre planning impose-t-il pour un premier rendez-vous ?*Merci d'inscrire la réponse sous la forme d'un nombre entier (ex.: 3)*

15. Quelle est la durée de vos rendez-vous ?*Une seule réponse possible.*

- 15 min ou moins
- 20 min
- 30 min
- 45 min
- 1 heure
- Plus d'1h
- Autre : _____

*Passez à la question 42.***Vous êtes infirmier(ère)****16. Où travaillez-vous ?***Une seule réponse possible.*

- En France
- Autre : _____

17. Choisissez éventuellement votre département si vous travaillez en France*Une seule réponse possible.*

- 01 - Ain
- 02 - Aisne
- 03 - Allier
- 04 - Alpes-de-Haute-Provence
- 05 - Hautes-Alpes
- 06 - Alpes-Maritimes
- 07 - Ardèche
- 08 - Ardennes
- 09 - Ariège
- 10 - Aube
- 11 - Aude
- 12 - Aveyron
- 13 - Bouches-du-Rhône
- 14 - Calvados
- 15 - Cantal
- 16 - Charente
- 17 - Charente-Maritime
- 18 - Cher
- 19 - Corrèze
- 2A - Corse-du-Sud
- 2B - Haute-Corse
- 21 - Côtes d'Or
- 22 - Côtes d'Armor
- 23 - Creuse
- 24 - Dordogne
- 25 - Doubs
- 26 - Drôme
- 27 - Eure
- 28 - Eure-et-Loir
- 29 - Finistère
- 30 - Gard
- 31 - Haute-Garonne
- 32 - Gers
- 33 - Gironde
- 34 - Hérault
- 35 - Ille-et-Vilaine
- 36 - Indre
- 37 - Indre-et-Loire
- 38 - Isère
- 39 - Jura
- 40 - Landes
- 41 - Loir-et-Cher

- 42 - Loire
- 43 - Haute-Loire
- 44 - Loire-Atlantique
- 45 - Loiret
- 46 - Lot
- 47 - Lot-et-Garonne
- 48 - Lozère
- 49 - Maine-et-Loire
- 50 - Manche
- 51 - Marne
- 52 - Haute-Marne
- 53 - Mayenne
- 54 - Meurthe-et-Moselle
- 55 - Meuse
- 56 - Morbihan
- 57 - Moselle
- 58 - Nièvre
- 59 - Nord
- 60 - Oise
- 61 - Orne
- 62 - Pas-de-Calais
- 63 - Puy-de-Dôme
- 64 - Pyrénées-Atlantiques
- 65 - Hautes-Pyrénées
- 66 - Pyrénées-Orientales
- 67 - Bas-Rhin
- 68 - Haut-Rhin
- 69 - Rhône
- 70 - Haute-Saône
- 71 - Saône-et-Loire
- 72 - Sarthe
- 73 - Savoie
- 74 - Haute-Savoie
- 75 - Paris
- 76 - Seine-Maritime
- 77 - Seine-et-Marne
- 78 - Yvelines
- 79 - Deux-Sèvres
- 80 - Somme
- 81 - Tam
- 82 - Tam-et-Garonne
- 83 - Var
- 84 - Vaucluse
- 85 - Vendée

- 86 - Vienne
- 87 - Haute-Vienne
- 88 - Vosges
- 89 - Yonne
- 90 - Territoire de Belfort
- 91 - Essonne
- 92 - Hauts-de-Seine
- 93 - Seine-Saint-Denis
- 94 - Val-de-Marne
- 95 - Val-d'Oise
- 971 - Guadeloupe
- 972 - Martinique
- 973 - Guyane
- 974 - La Réunion
- 976 - Mayotte

18. Votre structure de travail *

Une seule réponse possible.

- Cabinet libéral, avec visites à domicile *Passez à la question 18.*
- Cabinet libéral, sans visite à domicile *Passez à la question 18.*
- Salarié(e), en clinique mutualiste ou CPAM *Passez à la question 23.*
- Salarié(e), en établissement privée *Passez à la question 23.*
- Salarié(e), en structure hospitalière *Passez à la question 23.*
- Etudiante, stagiaire *Passez à la question 114.*

Vous êtes infirmier(ère) libérale

19. En moyenne, combien d'heures par semaine travaillez-vous au total (déplacements compris) ?

Merci d'écrire simplement un nombre entier
(exemple : 62)

20. En moyenne et approximativement, combien d'heures par semaine passez-vous auprès des patients ?

Merci d'écrire simplement un nombre entier
(exemple : 44)

21. Combien de semaines par an travaillez-vous en moyenne ?

Merci d'écrire un nombre entier (exemple : 42).
Faites globalement la moyenne de ces trois dernières années.

22. Quel est, approximativement, votre salaire mensuel net ?

Si vous acceptez de répondre à cette question, faites globalement la moyenne de ces derniers mois
Une seule réponse possible.

- Moins de 1 000€
- Entre 1 000€ et 1200€
- Entre 1200€ et 1400€
- Entre 1400€ et 1600€
- Entre 1600€ et 1800€
- Entre 2000€ et 2200€
- Entre 2400€ et 2600€
- Entre 2600€ et 2800€
- Entre 2800 et 3000€
- Entre 3200€ et 3400 €
- Entre 3400€ et 3600€
- Entre 3600€ et 3800€
- Entre 3800€ et 4000€
- Entre 4000€ et 4200€
- Entre 4200€ et 4400€
- Entre 4400€ et 4600€
- Entre 4600€ et 4800€
- Entre 4800€ et 5000€
- Entre 5000€ et 6000€
- Entre 6000€ et 7000€
- Entre 7000€ et 8000€
- Plus de 8000€

23. Quel est, approximativement, votre chiffre d'affaire brut annuel ?

Si vous acceptez de répondre à cette question, faites globalement la moyenne de ces trois dernières années.

Une seule réponse possible.

- Moins de 10 000€
- Entre 10 000€ et 20 000€
- Entre 20 000€ et 30 000€
- Entre 30 000€ et 40 000€
- Entre 40 000€ et 50 000€
- Entre 50 000€ et 60 000€
- Entre 60 000€ et 70 000€
- Entre 70 000€ et 80 000€
- Entre 80 000 et 90 000€
- Entre 90 000€ et 100 000 €
- Entre 100 000€ et 110 000€
- Entre 110 000€ et 120 000€
- Entre 120 000€ et 130 000€
- Entre 130 000€ et 140 000€
- Entre 140 000€ et 150 000€
- Plus de 150 000€

Passez à la question 114.

Vous êtes infirmier(ère) salarié(e)**24. En moyenne, combien d'heures par semaine travaillez-vous au total ?**

Merci d'écrire simplement un nombre entier
(exemple : 37)

25. En moyenne et approximativement, combien d'heures par semaine passez-vous auprès des patients ?

Merci d'écrire simplement un nombre entier
(exemple : 30)

26. Combien de semaines par an travaillez-vous en moyenne ?

Merci d'écrire un nombre entier (exemple : 42).
Faites globalement la moyenne de ces trois dernières années.

27. Quel est, approximativement, votre salaire mensuel net ?

Si vous acceptez de répondre à cette question, faites globalement la moyenne de ces derniers mois
Une seule réponse possible.

- Moins de 1 000€
- Entre 1 000€ et 1200€
- Entre 1200€ et 1400€
- Entre 1400€ et 1600€
- Entre 1600€ et 1800€
- Entre 2000€ et 2200€
- Entre 2400€ et 2600€
- Entre 2600€ et 2800€
- Entre 2800 et 3000€
- Entre 3200€ et 3400 €
- Entre 3400€ et 3600€
- Entre 3600€ et 3800€
- Entre 3800€ et 4000€
- Entre 4000€ et 4200€
- Entre 4200€ et 4400€
- Entre 4400€ et 4600€
- Entre 4600€ et 4800€
- Entre 4800€ et 5000€
- Entre 5000€ et 6000€
- Entre 6000€ et 7000€
- Entre 7000€ et 8000€
- Plus de 8000€

Passez à la question 114.

Vous êtes infirmier(ère)**28. Les infirmières peuvent se spécialiser après leur 3 ans d'étude et 2 années de pratique hospitalière, et vous...**

Une seule réponse possible.

- Vous spécialiser ne vous intéresse pas
- Sans certitude, vous vous spécialiserez peut-être un jour
- Vous comptez vous spécialiser dans les années à venir
- Vous êtes spécialisée ou en cours de spécialisation

29. Etes-vous satisfait(e) de l'étendue des débouchés de votre formation ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Non, j'aimerais que les infirmières aient plus de choix dans leurs débouchés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oui, je suis très satisfaite

30. Aviez-vous déjà entendu parler du métier "d'hygiéniste dentaire" ? *

Ici, nous écrivons "hygiéniste" entre guillemets car c'est une profession qui n'existe pas en France. En outre, on la nomme ainsi relativement aux professions "d'aide dentaire axée sur la prévention" que l'on trouve, dans différentes variantes, à l'étranger. Actuellement, en France, cette dénomination désigne simplement un concept de délégation de certains actes en odontologie.

Une seule réponse possible.

Oui, je connais très bien le concept et les problématiques qui en découlent *Passez à la question 132.*

Oui, j'en ai vaguement entendu parler *Passez à "Rôle d'une hygiéniste dentaire".*

Non, c'est la première fois que j'entends parler d'hygiéniste dentaire *Passez à "Rôle d'une hygiéniste dentaire".*

Passez à la question 42.

Vous exercez la dentisterie dans un autre pays que la France**31. Aimeriez-vous, éventuellement, travailler en France ?**

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	
Absolument pas. Jamais ! <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	J'adorerais... Je n'attends que ça à vrai dire.

32. Pourquoi ?

33. Y a-t-il, dans votre pays, des hygiénistes dentaires? *

Une seule réponse possible.

Oui *Passez à la question 49.*

Non *Passez à la question 33.*

Je ne sais pas *Passez à la question 33.*

Vous pratiquez la dentisterie sans hygiéniste dentaire

34. Vos domaines d'activité

Plusieurs réponses possibles
 Plusieurs réponses possibles.

- Odontologie conservatrice
- Endodontie
- Prothèse
- Chirurgie
- Implantologie
- Parodontologie
- Odontologie pédiatrique
- Orthodontie
- Prévention
- Autre : _____

35. Combien de dentistes composent votre cabinet ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Vous travaillez seul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Votre centre de santé est composé 10 dentistes ou plus

36. Combien d'assistantes vous accompagnent dans cette structure ?

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas d'assistante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 assistantes ou plus

37. En moyenne, combien de semaine de délais votre planning impose-t-il pour un premier rendez-vous ?

Merci d'inscrire la réponse sous la forme d'un nombre entier (ex.: 3)

38. Quelle est la durée moyenne de vos rendez-vous ?*Une seule réponse possible.*

- 15 min ou moins
- 20 min
- 30 min
- 45 min
- 1 heure
- Plus d'1h
- Autre : _____

39. Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "optimale"*Une seule réponse possible.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100%

40. Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "correcte mais perfectible"*Une seule réponse possible.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100%

41. Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "médiocre"*Une seule réponse possible.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100%

42. Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "déplorable"*Une seule réponse possible.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100%

*Passez à la question 76.***Vous exercez la dentisterie en France**

43. Vos domaines d'activité

Plusieurs réponses possibles
Plusieurs réponses possibles.

- Odontologie conservatrice
- Endodontie
- Prothèse
- Chirurgie
- Implantologie
- Parodontologie
- Odontologie pédiatrique
- Orthodontie
- Prévention
- Autre : _____

44. Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "optimale"

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100%

45. Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "correcte mais perfectible"

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100%

46. Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "médiocre"

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100%

47. Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "déplorable"

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100%

48. Aviez-vous déjà entendu parler du métier d'hygiéniste dentaire ? **Une seule réponse possible.*

Oui, je connais très bien le concept et les problématiques qui en découlent *Passez à la question 84.*

Oui, j'en ai vaguement entendu parler *Passez à "Rôle d'une hygiéniste dentaire".*

Non, c'est la première fois que j'entends parler d'hygiéniste dentaire *Passez à "Rôle d'une hygiéniste dentaire".*

Vous êtes étudiant(e) en dentaire**49. Aviez-vous déjà entendu parler du métier d'hygiéniste dentaire ? ****Une seule réponse possible.*

Oui, je connais très bien le concept et les problématiques qui en découlent *Passez à la question 84.*

Oui, j'en ai vaguement entendu parler *Passez à "Rôle d'une hygiéniste dentaire".*

Non, c'est la première fois que j'entends parler d'hygiéniste dentaire *Passez à "Rôle d'une hygiéniste dentaire".*

*Passez à la question 84.***Vous exercez la dentisterie dans un pays possédant des hygiénistes dentaires****50. Vos domaines d'activité***Plusieurs réponses possibles
Plusieurs réponses possibles.*

- Odontologie conservatrice
- Endodontie
- Prothèse
- Chirurgie
- Implantologie
- Parodontologie
- Odontologie pédiatrique
- Orthodontie
- Prévention
- Autre : _____

51. Combien de dentistes composent votre cabinet ?*Une seule réponse possible.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vous
travaillez
seul

Votre
centre
de santé
est
composé
10
dentistes
ou plus

52. Combien d'hygiénistes sont présentes dans cette structure ?*Une seule réponse possible.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas d'hygiéniste sur place	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 hygiénistes ou plus

53. Combien d'assistantes vous accompagnent dans cette structure ?*Une seule réponse possible.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas d'assistante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 assistantes ou plus

54. En moyenne, combien de semaine de délais votre planning impose-t-il pour un premier rendez-vous ?

Merci d'inscrire la réponse sous la forme d'un nombre entier (ex.: 3)

55. Quelle est la durée moyenne de vos rendez-vous ?*Une seule réponse possible.*

- 15 min ou moins
 20 min
 30 min
 45 min
 1 heure
 Plus d'1h
 Autre : _____

56. Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "optimale"*Une seule réponse possible.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100%

57. Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "correcte mais perfectible"*Une seule réponse possible.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100%

58. Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "médiocre"

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100%

59. Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "déplorable"

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100%

60. De 0 à 10, comment évalueriez-vous l'utilité des hygiénistes dentaires dans votre pratique de la dentisterie ?

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Inutile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Indispensable

Passez à la question 76.

Vous êtes hygiénistes dentaires

Aussi surprenant que cela puisse vous paraître, les dentistes français travaillent sans l'aide d'hygiéniste depuis toujours. Cependant, en prenant conscience des bienfaits de votre profession, un certain nombre de dentistes aimerait que les assistantes dentaires aient le droit de se former à faire des actes en bouche (aujourd'hui uniquement autorisés aux mains du dentiste). Le débat dure depuis 50 ans, mais les choses peuvent changer... C'est dans cette optique que ce sondage vous est soumis.

61. Dans quel pays exercez-vous ?*Une seule réponse possible.*

- Allemagne
- Canada
- Danemark
- Espagne
- Finlande
- Irlande
- Islande
- Italie
- Lettonie
- Lituanie
- Norvège
- Pays-Bas
- Pologne
- Portugal
- République Tchèque
- Roumanie
- Royaume-Uni
- Slovaquie
- Suède
- Suisse
- U.S.A.
- Autre

62. Vos domaines d'activité

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Odontologie conservatrice
- Prothèse
- Implantologie
- Parodontologie
- Odontologie pédiatrique
- Orthodontie
- Prévention, motivation
- Autre : _____

63. Combien de dentistes composent votre cabinet ?*Une seule réponse possible.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 Votre centre de santé est composé 10 dentistes ou plus

64. Combien d'hygiénistes sont présentes dans cette structure ?*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Vous êtes la seule hygiéniste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 hygiénistes ou plus

65. Combien d'assistantes vous accompagnent dans cette structure ?*Une seule réponse possible.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas d'assistante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 assistantes ou plus

66. En moyenne, combien de semaine de délais votre planning impose-t-il pour un premier rendez-vous ?

Merci d'inscrire la réponse sous la forme d'un nombre entier (ex.: 3)

67. Quelle est la durée moyenne de vos rendez-vous ?*Une seule réponse possible.*

- 15 min ou moins
 20 min
 30 min
 45 min
 1 heure
 Plus d'1h
 Autre : _____

68. Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "optimale"*Une seule réponse possible.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100%

69. Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "correcte mais perfectible"

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100%

70. Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "médiocre"

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100%

71. Par tranche de 10% de vos patients, à combien estimeriez-vous la proportion ayant une hygiène "déplorable"

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100%

Passez à la question 71.

"L'hygiéniste" en France ? Point de vue de l'hygiéniste...

Ici, nous écrivons "hygiéniste" entre guillemets car c'est une profession qui n'existe pas en France. En outre, on la nomme ainsi relativement aux professions "d'aide dentaire axée sur la prévention" que l'on trouve, dans différentes variantes, à l'étranger. Actuellement, en France, cette dénomination désigne simplement un concept de délégation de certains actes en odontologie.

72. Pensez-vous qu'il devrait y avoir des hygiénistes dentaires en France ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

73. Définitions des termes employés plus bas :

Plusieurs réponses possibles.

- "Non autorisé" = acte strictement réservé aux chirurgiens dentistes.
- "Sous la supervision d'un chirurgien dentiste" = le chirurgien dentiste a la responsabilité du soin : il pose le diagnostic, et valide la nécessité et la bonne exécution de l'acte.
- "Sur prescription d'un chirurgien dentiste" = le chirurgien dentiste pose le diagnostic, puis délègue l'acte à l'hygiéniste, qui est responsable de ses soins sans supervision.
- "En toute indépendance" = sans aucun lien de subordination, l'hygiéniste est autonome et responsable de l'intégralité de sa pratique.

74. Quels seraient, selon vous, les actes qui pourraient leur être délégués ?*Une seule réponse possible par ligne.*

	Non autorisé	Oui, sous la supervision d'un chirurgien dentiste	Oui, sur prescription d'un chirurgien dentiste	Oui, en toute indépendance
Questionnaire médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Initiation à l'hygiène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivation à l'hygiène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nettoyage/polissage des dents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Détartrage supra-gingival	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Détartrage sous-gingival (potentiellement sanglant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surfaçage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiographies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Application de vernis fluoré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pose de sealent simple (nettoyage microbrush)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pose de sealents avec nettoyage instrumenté des sillons infiltrés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

75. Quels seraient, selon vous, les actes qui pourraient leur être délégués ? (suite)*Une seule réponse possible par ligne.*

	Non autorisé	Oui, sous la supervision d'un chirurgien dentiste	Oui, sur prescription d'un chirurgien dentiste	Oui, en toute indépendance
Anesthésie para-apicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres anesthésies : tronculaire, intra-septale, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypnose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éviction de carie stade 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éviction de carie stade 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éviction de carie stade 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pose d'obturation provisoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pose d'obturation définitive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polissage d'amalgame	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polissage de résine composite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empreinte d'étude/primaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empreinte fonctionnelle/secondaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

76. Quels pourraient être, selon vous, les statuts légaux autorisés aux hygiénistes dentaires françaises ?

Plusieurs réponses possibles
Plusieurs réponses possibles.

- Libéral, avec indépendance dans l'installation et la pratique
- Libéral, en collaboration avec un ou plusieurs chirurgien(s) dentiste(s)
- Libéral, en association avec un ou plusieurs chirurgien(s) dentiste(s)
- Salarié, dans le secteur public
- Salarié, dans le secteur privé
- Salarié, dans le secteur libéral (employé par un chirurgien dentiste)
- Autre : _____

Passez à la question 136.

"L'hygiéniste" en France ? Point de vue de l'extérieur...

Ici, nous écrivons "hygiéniste" entre guillemets car c'est une profession qui n'existe pas en France. En outre, on la nomme ainsi relativement aux professions "d'aide dentaire axée sur la prévention" que l'on trouve, dans différentes variantes, à l'étranger. Actuellement, en France, cette dénomination désigne simplement un concept de délégation de certains actes en odontologie.

77. Pensez-vous qu'il devrait y avoir des hygiénistes dentaires en France ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

78. Définitions des termes employés plus bas :

Plusieurs réponses possibles.

- "Non autorisé" = acte strictement réservé aux chirurgiens dentistes.
- "Sous la supervision d'un chirurgien dentiste" = le chirurgien dentiste a la responsabilité du soin : il pose le diagnostic, et valide la nécessité et la bonne exécution de l'acte.
- "Sur prescription d'un chirurgien dentiste" = le chirurgien dentiste pose le diagnostic, puis délègue l'acte à l'hygiéniste, qui est responsable de ses soins sans supervision.
- "En toute indépendance" = sans aucun lien de subordination, l'hygiéniste est autonome et responsable de l'intégralité de sa pratique.

79. Quels seraient, selon vous, les actes qui pourraient leur être délégués ?*Une seule réponse possible par ligne.*

	Non autorisé	Oui, sous la supervision d'un chirurgien dentiste	Oui, sur prescription d'un chirurgien dentiste	Oui, en toute indépendance
Questionnaire médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Initiation à l'hygiène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivation à l'hygiène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nettoyage/polissage des dents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Détartrage supra-gingival	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Détartrage sous-gingival (potentiellement sanglant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surfaçage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiographies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Application de vernis fluoré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pose de sealent simple (nettoyage microbrush)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pose de sealents avec nettoyage instrumenté des sillons infiltrés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

80. Quels seraient, selon vous, les actes qui pourraient leur être délégués ? (suite)*Une seule réponse possible par ligne.*

	Non autorisé	Oui, sous la supervision d'un chirurgien dentiste	Oui, sur prescription d'un chirurgien dentiste	Oui, en toute indépendance
Anesthésie para-apicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres anesthésies : tronculaire, intra-septale, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypnose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éviction de carie stade 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éviction de carie stade 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éviction de carie stade 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pose d'obturation provisoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pose d'obturation définitive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polissage d'amalgame	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polissage de résine composite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empreinte d'étude/primaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empreinte fonctionnelle/secondaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

81. Quels pourraient être, selon vous, les statuts légaux autorisés aux hygiénistes dentaires ?

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Libéral, avec indépendance dans l'installation et la pratique
- Libéral, en collaboration avec un ou plusieurs chirurgien(s) dentiste(s)
- Libéral, en association avec un ou plusieurs chirurgien(s) dentiste(s)
- Salarié, dans le secteur public
- Salarié, dans le secteur privé
- Salarié, dans le secteur libéral (employé par un chirurgien dentiste)
- Autre : _____

Passez à la question 136.

Vous êtes étudiant(e) en dentaire**82. Avez-vous commencé à exercer la pratique de l'art dentaire sur des patients en clinique ou en remplacement ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 42.*
- Non *Passez à la question 48.*

Vous êtes assistant(e) dentaire

83. Choisissez votre département **Une seule réponse possible.*

- 01 - Ain
- 02 - Aisne
- 03 - Allier
- 04 - Alpes-de-Haute-Provence
- 05 - Hautes-Alpes
- 06 - Alpes-Maritimes
- 07 - Ardèche
- 08 - Ardennes
- 09 - Ariège
- 10 - Aube
- 11 - Aude
- 12 - Aveyron
- 13 - Bouches-du-Rhône
- 14 - Calvados
- 15 - Cantal
- 16 - Charente
- 17 - Charente-Maritime
- 18 - Cher
- 19 - Corrèze
- 2A - Corse-du-Sud
- 2B - Haute-Corse
- 21 - Côte d'Or
- 22 - Côte d'Armor
- 23 - Creuse
- 24 - Dordogne
- 25 - Doubs
- 26 - Drôme
- 27 - Eure
- 28 - Eure-et-Loir
- 29 - Finistère
- 30 - Gard
- 31 - Haute-Garonne
- 32 - Gers
- 33 - Gironde
- 34 - Hérault
- 35 - Ille-et-Vilaine
- 36 - Indre
- 37 - Indre-et-Loire
- 38 - Isère
- 39 - Jura
- 40 - Landes
- 41 - Loir-et-Cher

- 42 - Loire
- 43 - Haute-Loire
- 44 - Loire-Atlantique
- 45 - Loiret
- 46 - Lot
- 47 - Lot-et-Garonne
- 48 - Lozère
- 49 - Maine-et-Loire
- 50 - Manche
- 51 - Marne
- 52 - Haute-Marne
- 53 - Mayenne
- 54 - Meurthe-et-Moselle
- 55 - Meuse
- 56 - Morbihan
- 57 - Moselle
- 58 - Nièvre
- 59 - Nord
- 60 - Oise
- 61 - Orne
- 62 - Pas-de-Calais
- 63 - Puy-de-Dôme
- 64 - Pyrénées-Atlantiques
- 65 - Hautes-Pyrénées
- 66 - Pyrénées-Orientales
- 67 - Bas-Rhin
- 68 - Haut-Rhin
- 69 - Rhône
- 70 - Haute-Saône
- 71 - Saône-et-Loire
- 72 - Sarthe
- 73 - Savoie
- 74 - Haute-Savoie
- 75 - Paris
- 76 - Seine-Maritime
- 77 - Seine-et-Marne
- 78 - Yvelines
- 79 - Deux-Sèvres
- 80 - Somme
- 81 - Tam
- 82 - Tam-et-Garonne
- 83 - Var
- 84 - Vaucluse
- 85 - Vendée

- 86 - Vienne
- 87 - Haute-Vienne
- 88 - Vosges
- 89 - Yonne
- 90 - Territoire de Belfort
- 91 - Essonne
- 92 - Hauts-de-Seine
- 93 - Seine-Saint-Denis
- 94 - Val-de-Marne
- 95 - Val-d'Oise
- 971 - Guadeloupe
- 972 - Martinique
- 973 - Guyane
- 974 - La Réunion
- 976 - Mayotte

84. Aviez-vous déjà entendu parler du métier "d'hygiéniste dentaire" ? *

Ici, nous écrivons "hygiéniste" entre guillemets car c'est une profession qui n'existe pas en France. En outre, on la nomme ainsi relativement aux professions "d'aide dentaire axée sur la prévention" que l'on trouve, dans différentes variantes, à l'étranger. Actuellement, en France, cette dénomination désigne simplement un concept de délégation de certains actes en odontologie.

Une seule réponse possible.

- Oui, je connais très bien le concept et les problématiques qui en découlent *Passez à la question 129.*
- Oui, j'en ai vaguement entendu parler *Passez à "Rôle d'une hygiéniste dentaire".*
- Non, c'est la première fois que j'entends parler d'hygiéniste dentaire *Passez à "Rôle d'une hygiéniste dentaire".*

Passez à la question 129.

"L'hygiéniste" dentaire...

Ici, nous écrivons "hygiéniste" entre guillemets car c'est une profession qui n'existe pas en France. En outre, on la nomme ainsi relativement aux professions "d'aide dentaire axée sur la prévention" que l'on trouve, dans différentes variantes, à l'étranger. Actuellement, en France, cette dénomination désigne simplement un concept de délégation de certains actes en odontologie.

85. Pensez-vous qu'il devrait y avoir des hygiénistes dentaires en France ? *

Une seule réponse possible.

- Oui, je suis pour la création en France d'une profession de santé axée sur la prévention bucco-dentaire *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 136.*
- Non, je suis contre *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 89.*
- Ne se prononce pas *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 136.*

86. Définitions des termes employés plus bas :
Plusieurs réponses possibles.

- "Non autorisé" = acte strictement réservé aux chirurgiens dentistes.
- "Sous la supervision d'un chirurgien dentiste" = le chirurgien dentiste a la responsabilité du soin : il pose le diagnostic, et valide la nécessité et la bonne exécution de l'acte.
- "Sur prescription d'un chirurgien dentiste" = le chirurgien dentiste pose le diagnostic, puis délègue l'acte à l'hygiéniste, qui est responsable de ses soins sans supervision.
- "En toute indépendance" = sans aucun lien de subordination, l'hygiéniste est autonome et responsable de l'intégralité de sa pratique.

87. Quels seraient, selon vous, les actes qui pourraient leur être délégués ?

Une seule réponse possible par ligne.

	Non autorisé	Oui, sous la supervision d'un chirurgien dentiste	Oui, sur prescription d'un chirurgien dentiste	Oui, en toute indépendance
Questionnaire médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Initiation à l'hygiène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivation à l'hygiène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nettoyage/polissage des dents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Détartrage supra-gingival	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Détartrage sous-gingival (potentiellement sanglant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surfaçage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiographies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Application de vernis fluoré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pose de sealent simple (nettoyage microbrush)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pose de sealents avec nettoyage instrumenté des sillons infiltrés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

88. Quels seraient, selon vous, les actes qui pourraient leur être délégués ? (suite)*Une seule réponse possible par ligne.*

	Non autorisé	Oui, sous la supervision d'un chirurgien dentiste	Oui, sur prescription d'un chirurgien dentiste	Oui, en toute indépendance
Anesthésie para-apicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres anesthésies : tronculaire, intra-septale, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypnose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éviction de carie stade 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éviction de carie stade 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éviction de carie stade 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pose d'obturation provisoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pose d'obturation définitive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polissage d'amalgame	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polissage de résine composite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise d'empreinte primaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise d'empreinte secondaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

89. Quels pourraient être, selon vous, les statuts légaux autorisés aux hygiénistes dentaires ?

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Libéral, avec indépendance dans l'installation et la pratique
- Libéral, en collaboration avec un ou plusieurs chirurgien(s) dentiste(s)
- Libéral, en association avec un ou plusieurs chirurgien(s) dentiste(s)
- Salarié, dans le secteur public
- Salarié, dans le secteur privé
- Salarié, dans le secteur libéral (employé par un chirurgien dentiste)
- Autre : _____

*Passez à la question 136.***Vous avez répondu "non, je suis contre"**

90. Pourquoi ?

Plusieurs réponses possibles
 Plusieurs réponses possibles.

- Je ne me sens pas à l'aise à l'idée de déléguer des actes : il n'y a pas de "petit geste" dans notre métier
- Je ne souhaite pas avoir à faire confiance à un praticien qui n'a pas suivi le même cursus en odontologie
- J'ai peur de voir baisser mon chiffre d'affaire
- C'est dangereux : je pense que c'est ouvrir une porte à toutes les dérives
- Les dentistes n'ont pas assez de travail : en déléguer une partie est une hérésie
- Je n'en vois pas l'utilité : les chirurgiens dentistes assument très bien la prévention
- Je n'en vois pas l'utilité : la prévention bucco-dentaire n'a que trop peu d'efficacité sur les patients
- La mise en place de ce métier me paraît trop compliquée (formation, statut, encadrement, rémunération, etc.)
- Autre : _____

Passez à la question 136.

Sondage sur les hygiénistes dentaire**91. Dans quel pays vivez-vous ?**

Une seule réponse possible.

- France
- Autre : _____

92. Quel est votre profession ?

93. A quel niveau d'importance placeriez-vous l'hygiène bucco-dentaire dans la santé globale ?

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Inutile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Importance primordiale

94. Selon vous, quelles peuvent être les conséquences (directes ou indirectes) d'une mauvaise hygiène dentaire ?

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Des douleurs dentaires
- L'aggravation d'un diabète
- Des édentations (perte des dents)
- Une septicémie
- Une diminution de votre pouvoir d'achat
- Des saignements des gencives
- Des infections osseuses
- Une perte de poids
- Le célibat
- Une immunodéficience
- La mauvaise halène (halitose)
- Des pathologies cardiaques
- Des douleurs articulaires
- Une augmentation du risque d'apparition de caries chez vos enfants
- Des carences alimentaires
- La perte, par infection, d'une prothèse de hanche

95. Dans votre hygiène de vie en général, vous...

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Une fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Mangez des fruits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangez des légumes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allez dans un "fastfood"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buvez des boissons sucrées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangez des sucreries	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buvez de l'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faites du sport (équivalent à 30 mn. d'effort)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fumez des cigarettes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vapez une cigarette électronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hydratez/protégez votre peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dormez suffisamment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prenez un rdv de contrôle auprès de votre médecin traitant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buvez du café ou du thé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

96. Quels type de soin donnez-vous à votre bouche ?*Une seule réponse possible par ligne.*

	Jamais	Une fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Brosse à dent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dentifrice fluoré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brossage de la langue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bain de bouche antibactérien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bain de bouche "autre"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fil dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brossette inter-dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Détartrage (chez un professionnel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blanchiment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilisation d'un cure-dent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise d'un chewing gum sans sucre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

97. Où avez-vous appris ce que vous savez de la prévention bucco-dentaire et des gestes d'une hygiène bucco-dentaire adéquat ?*Plusieurs réponses possibles**Plusieurs réponses possibles.*

- Lors des campagnes de prévention : la télévision
- Lors des campagnes de prévention : les affichages (posters, enseignes, etc.)
- Vos parents
- Vos enfants, par ce qu'ils ont appris à l'école primaire
- A l'école, ou dans vos études
- Votre dentiste
- Un ou plusieurs de vos proches (façon bouche-à-oreille)

98. Est-ce qu'un professionnel de santé vous a déjà expliqué comment, spécifiquement, brosser vos dents de façon optimale, par exemple en corrigeant vos gestes devant un miroir ?*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

99. Si oui, cela vous a-t-il permis d'améliorer votre santé bucco-dentaire ? Si non, pensez-vous qu'un tel enseignement pourrait vous être utile ?*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

100. Vous sentez-vous à l'aise avec le passage du fil dentaire ?*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas ce qu'est le fil dentaire

101. Vous sentez-vous à l'aise avec le passage des brossettes inter-dentaires ?*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas ce que sont les brossettes inter-dentaire

102. Avez-vous déjà entendu parler du métier d'hygiénistes dentaires ? **Une seule réponse possible.*

- Oui, je connais très bien le concept et les problématiques qui en découlent *Passez à la question 123.*
- Oui, j'en ai vaguement entendu parler *Passez à "Rôle d'une hygiéniste dentaire".*
- Non, c'est la première fois que j'entends parler d'hygiéniste dentaire *Passez à "Rôle d'une hygiéniste dentaire".*

*Passez à la question 136.***Sondage sur les hygiénistes dentaire****103. Dans quel pays vivez-vous ?***Une seule réponse possible.*

- France
- Autre : _____

104. Quel est votre profession ?

105. A quel niveau d'importance placerez-vous l'hygiène bucco-dentaire dans la santé globale ?*Une seule réponse possible.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Inutile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Importance primordiale

106. Selon vous, quelles peuvent être les conséquences (directes ou indirectes) d'une mauvaise hygiène dentaire ?

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Des douleurs dentaires
- L'aggravation d'un diabète
- Des édentations (perte des dents)
- Une septicémie
- Une diminution de votre pouvoir d'achat
- Des saignements des gencives
- Des infections osseuses
- Une perte de poids
- Le célibat
- Une immunodéficience
- La mauvaise halène (halitose)
- Des pathologies cardiaques
- Des douleurs articulaires
- Une augmentation du risque d'apparition de caries chez vos enfants
- Des carences alimentaires
- La perte, par infection, d'une prothèse de hanche

107. Dans votre hygiène de vie en général, vous...

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Une fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Mangez des fruits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangez des légumes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allez dans un "fastfood"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buvez des boissons sucrées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangez des sucreries	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buvez de l'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faites du sport (équivalent à 30 mn. d'effort)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fumez des cigarettes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vapez une cigarette électronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hydratez/protégez votre peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dormez suffisamment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prenez un rdv de contrôle auprès de votre médecin traitant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buvez du café ou du thé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

108. Quels type de soin donnez-vous à votre bouche ?*Une seule réponse possible par ligne.*

	Jamais	Une fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Brosse à dent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dentifrice fluoré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brossage de la langue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bain de bouche antibactérien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bain de bouche "autre"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fil dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brossette inter-dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Détartrage (chez un professionnel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blanchiment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilisation d'un cure-dent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise d'un chewing gum sans sucre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

109. Où avez-vous appris ce que vous savez de la prévention bucco-dentaire et des gestes d'une hygiène bucco-dentaire adéquat ?*Plusieurs réponses possibles**Plusieurs réponses possibles.*

- Lors des campagnes de prévention : la télévision
- Lors des campagnes de prévention : les affichages (posters, enseignes, etc.)
- Vos parents
- Vos enfants, par ce qu'ils ont appris à l'école primaire
- A l'école, ou dans vos études
- Votre dentiste
- Un ou plusieurs de vos proches (façon bouche-à-oreille)

110. Est-ce qu'un professionnel de santé vous a déjà expliqué comment, spécifiquement, brosser vos dents de façon optimale, par exemple en corrigeant vos gestes devant un miroir ?*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

111. Si oui, cela vous a-t-il permis d'améliorer votre santé bucco-dentaire ? Si non, pensez-vous qu'un tel enseignement pourrait vous être utile ?*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

112. Vous sentez-vous à l'aise avec le passage du fil dentaire ?*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas ce qu'est le fil dentaire

113. Vous sentez-vous à l'aise avec le passage des brossettes inter-dentaires ?*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas ce que sont les brossettes inter-dentaire

114. Avez-vous déjà entendu parler du métier d'hygiénistes dentales ? **Une seule réponse possible.*

- Oui, je connais très bien le concept et les problématiques qui en découlent *Passez à la question 126.*
- Oui, j'en ai vaguement entendu parler *Passez à "Rôle d'une hygiéniste dentaire".*
- Non, c'est la première fois que j'entends parler d'hygiéniste dentaire *Passez à "Rôle d'une hygiéniste dentaire".*

*Passez à la question 136.***Sondage sur l'hygiène bucco-dentaire****115. A quel niveau d'importance placeriez-vous l'hygiène bucco-dentaire dans la santé globale ?***Une seule réponse possible.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Inutile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Importance primordiale

116. Selon vous, quelles peuvent être les conséquences (directes ou indirectes) d'une mauvaise hygiène dentaire ?

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Des douleurs dentaires
- L'aggravation d'un diabète
- Des édentations (perte des dents)
- Une septicémie
- Une diminution de votre pouvoir d'achat
- Des saignements des gencives
- Des infections osseuses
- Une perte de poids
- Le célibat
- Une immunodéficience
- La mauvaise halène (halitose)
- Des pathologies cardiaques
- Des douleurs articulaires
- Une augmentation du risque d'apparition de caries chez vos enfants
- Des carences alimentaires
- La perte, par infection, d'une prothèse de hanche

117. Dans votre hygiène de vie en général, vous...

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Une fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Mangez des fruits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangez des légumes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allez dans un "fastfood"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buvez des boissons sucrées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangez des sucreries	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buvez de l'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faites du sport (équivalent à 30 mn. d'effort)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fumez des cigarettes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vapez une cigarette électronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hydratez/protégez votre peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dormez suffisamment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prenez un rdv de contrôle auprès de votre médecin traitant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buvez du café ou du thé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

118. Quels type de soin donnez-vous à votre bouche ?*Une seule réponse possible par ligne.*

	Jamais	Une fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Brosse à dent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dentifrice fluoré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brossage de la langue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bain de bouche antibactérien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bain de bouche "autre"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fil dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brossette inter-dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Détartrage (chez un professionnel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blanchiment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilisation d'un cure-dent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise d'un chewing gum sans sucre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

119. Où avez-vous appris ce que vous savez de la prévention bucco-dentaire et des gestes d'une hygiène bucco-dentaire adéquat ?*Plusieurs réponses possibles
Plusieurs réponses possibles.*

- Lors des campagnes de prévention : la télévision
- Lors des campagnes de prévention : les affichages (posters, enseignes, etc.)
- Vos parents
- Vos enfants, par ce qu'ils ont appris à l'école primaire
- A l'école, ou dans vos études
- Votre dentiste
- Un ou plusieurs de vos proches (façon bouche-à-oreille)
- Autre : _____

120. Est-ce qu'un professionnel de santé vous a déjà expliqué comment, spécifiquement, brosser vos dents de façon optimale, par exemple en corrigeant vos gestes devant un miroir ?*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

121. Si oui, cela vous a-t-il permis d'améliorer votre santé bucco-dentaire ? Si non, pensez-vous qu'un tel enseignement pourrait vous être utile ?*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

122. Vous sentez-vous à l'aise avec le passage du fil dentaire ?*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas ce qu'est le fil dentaire

123. Vous sentez-vous à l'aise avec le passage des brossettes inter-dentaires ?*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas ce que sont les brossettes inter-dentaire

*Passez à la question 27.***Rôle d'une hygiéniste dentaire**

L'hygiéniste dentaire est un professionnel de santé à qui le chirurgien dentiste peut déléguer un certain nombre de tâches. Elle/il a globalement son rôle dans la prévention bucco-dentaire, qui consiste à dépister les problèmes débutants, optimiser le brossage des dents (et ainsi limiter l'apparition de foyers infectieux), et informer des conduites à tenir pour maintenir une bonne santé bucco-dentaire et une bonne santé en générale.

Les tâches autorisées à la profession sont encadrées juridiquement. Aujourd'hui, elles sont variables d'un pays à l'autre mais les plus courantes sont les suivantes :

- Examen clinique (contrôle)
- Détartrage
- Polissage
- Soins des gencives
- Initiation et motivation au perfectionnement de l'hygiène bucco-dentaire : enseignement d'une méthode de brossage optimale, de la technique de passage du fil dentaire, ajustement des habitudes alimentaires, etc.

... Et cela pour les adultes comme pour les enfants bien sûr.

Par ailleurs, la délégation de certains actes permettrait aux dentistes de consacrer plus de temps à ceux qui requièrent leur expertise, entraînant potentiellement une augmentation de la productivité, une diminution du temps d'attente des patients pour obtenir un rendez-vous, et une meilleure réponse à la demande de soins dans les déserts médicaux.

Cependant, certains patients peuvent être réticents à l'idée de consulter deux praticiens au lieu d'un, de la même façon que les dentistes peuvent être réfractaires à la perte de leur monopole du travail en bouche.

*Passez à la question 123.***Rôle d'une hygiéniste dentaire**

L'hygiéniste dentaire est un professionnel de santé à qui le chirurgien dentiste peut déléguer un certain nombre de tâches. Elle/il a globalement son rôle dans la prévention bucco-dentaire, qui consiste à dépister les problèmes débutants, optimiser le brossage des dents (et ainsi limiter l'apparition de foyers infectieux), et informer des conduites à tenir pour maintenir une bonne santé bucco-dentaire et une bonne santé en générale.

Les tâches autorisées à la profession sont encadrées juridiquement. Aujourd'hui, elles sont variables d'un pays à l'autre mais les plus courantes sont les suivantes :

- Examen clinique (contrôle)
- Détartrage
- Polissage
- Soins des gencives
- Initiation et motivation au perfectionnement de l'hygiène bucco-dentaire : enseignement d'une méthode de brossage optimale, de la technique de passage du fil dentaire, ajustement des habitudes alimentaires, etc.

... Et cela pour les adultes comme pour les enfants bien sûr.

D'autre part, la délégation de certains actes permettrait aux dentistes de consacrer plus de temps à ceux qui requièrent leur expertise, entraînant potentiellement une augmentation de la productivité, une diminution du temps d'attente des patients pour obtenir un rendez-vous, et une meilleure réponse à la

demande de soin dans les déserts médicaux.

Cependant, certains patients peuvent être réticents à l'idée de consulter deux praticiens au lieu d'un, de la même façon que les dentistes peuvent être réfractaires à la perte de leur monopole du travail en bouche.

Passez à la question 126.

Rôle d'une hygiéniste dentaire

L'hygiéniste dentaire est un professionnel de santé à qui le chirurgien dentiste peut déléguer un certain nombre de tâches. Elle/il a globalement son rôle dans la prévention bucco-dentaire, qui consiste à dépister les problèmes débutants, optimiser le brossage des dents (et ainsi limiter l'apparition de foyers infectieux), et informer des conduites à tenir pour maintenir une bonne santé bucco-dentaire et une bonne santé en générale.

Les tâches autorisées à la profession sont encadrées juridiquement. Aujourd'hui, elles sont variables d'un pays à l'autre mais les plus courantes sont les suivantes :

- Examen clinique (contrôle)
- Détartrage
- Polissage
- Soins des gencives
- Initiation et motivation au perfectionnement de l'hygiène bucco-dentaire : enseignement d'une méthode de brossage optimale, de la technique de passage du fil dentaire, ajustement des habitudes alimentaires, etc.

... Et cela pour les adultes comme pour les enfants bien sûr.

D'autre part, la délégation de certains actes permettrait aux dentistes de consacrer plus de temps à ceux qui requièrent leur expertise, entraînant potentiellement une augmentation de la productivité, une diminution du temps d'attente des patients pour obtenir un rendez-vous, et une meilleure réponse à la demande de soin dans les déserts médicaux.

Cependant, certains patients peuvent être réticents à l'idée de consulter deux praticiens au lieu d'un, de la même façon que les dentistes peuvent être réfractaires à la perte de leur monopole du travail en bouche.

Passez à la question 129.

Rôle d'une hygiéniste dentaire

L'hygiéniste dentaire est un professionnel de santé à qui le chirurgien dentiste peut déléguer un certain nombre de tâches. Elle/il a globalement son rôle dans la prévention bucco-dentaire, qui consiste à dépister les problèmes débutants, optimiser le brossage des dents (et ainsi limiter l'apparition de foyers infectieux), et informer des conduites à tenir pour maintenir une bonne santé bucco-dentaire et une bonne santé en générale.

Les tâches autorisées à la profession sont encadrées juridiquement. Aujourd'hui, elles sont variables d'un pays à l'autre mais les plus courantes sont les suivantes :

- Examen clinique (contrôle)
- Détartrage
- Polissage
- Soins des gencives
- Initiation et motivation au perfectionnement de l'hygiène bucco-dentaire : enseignement d'une méthode de brossage optimale, de la technique de passage du fil dentaire, ajustement des habitudes alimentaires, etc.

... Et cela pour les adultes comme pour les enfants bien sûr.

D'autre part, la délégation de certains actes permettrait aux dentistes de consacrer plus de temps à ceux qui requièrent leur expertise, entraînant potentiellement une augmentation de la productivité, une diminution du temps d'attente des patients pour obtenir un rendez-vous, et une meilleure réponse à la demande de soin dans les déserts médicaux.

Cependant, certains patients peuvent être réticents à l'idée de consulter deux praticiens au lieu d'un, de la même façon que les dentistes peuvent être réfractaires à la perte de leur monopole du travail en bouche.

Passez à la question 132.

Rôle d'une hygiéniste dentaire

A l'étranger, l'hygiéniste dentaire est un professionnel de santé à qui le chirurgien dentiste peut déléguer un certain nombre d'actes globalement articulés autour de la prophylaxie.

Les tâches autorisées à la profession sont encadrées juridiquement. Aujourd'hui, elles sont variables d'un pays à l'autre mais les plus courantes sont les suivantes :

- Examen clinique exo- et endo-buccal des tissus mous et des tissus durs
 - Détartrage supra- et sous-gingival complet et polissage de l'émail
 - Initiation et motivation au perfectionnement de l'hygiène bucco-dentaire : enseignement d'une méthode de brossage optimale, de la technique de passage du fil dentaire ou des brossettes, ajustement des habitudes alimentaires, etc.
 - Prise d'empreinte d'étude
 - Actes de prophylaxie (verniss fluorés, sealants)
- ... Et cela pour les adultes comme pour les enfants bien sûr.

D'autre part, la délégation de certains actes permettrait aux dentistes de consacrer plus de temps à ceux qui requièrent leur expertise, entraînant potentiellement une augmentation de la productivité, une diminution du temps d'attente des patients pour obtenir un rendez-vous, et une meilleure réponse à la demande de soin dans les déserts médicaux.

Cependant, certains patients peuvent être réticents à l'idée de consulter deux praticiens au lieu d'un, de la même façon que les dentistes peuvent être réfractaires à la perte de leur monopole du travail en bouche.

Passez à la question 84.

Le métier d'hygiéniste dentaire n'est pas autorisé en France

Prophylaxie : désigne le processus actif ou passif ayant pour but de prévenir l'apparition, la propagation ou l'aggravation d'une maladie. Le terme fait aussi bien référence à des procédés techniques ou médicamenteux qu'à des campagnes de sensibilisation ou à des « bonnes pratiques » adaptées.

124. Pensez-vous qu'il serait bon d'avoir d'avantage de prophylaxie au cabinet dentaire ?

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Oui, je pense que la prévention est à la base de tout le système de santé : il n'y en aura jamais assez
- Oui, nous pourrions être plus informés sur la prophylaxie buccodentaire en pratique
- Oui, éventuellement, pourquoi pas...
- Non, je me sens suffisamment efficace dans la gestion de ma santé
- Non, la prévention coûte trop cher à la sécurité sociale
- Non, la prévention me prend déjà trop de temps et/ou d'argent
- Je n'ai pas vraiment d'avis sur le sujet

125. Souhaiteriez-vous avoir accès, en France, aux soins d'une hygiéniste dentaire ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Oui, mais uniquement si les honoraires sont pris en charge par l'assurance maladie
- Non

126. Si le métier d'hygiéniste dentaire était autorisé en France...*Une seule réponse possible par ligne.*

	Faux	Vrai	Ni vrai, ni faux
Vous prendriez des rdv de contrôle plus fréquemment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous auriez moins peur du cabinet dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous apprécieriez recevoir des conseils personnalisés sur l'hygiène bucco-dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous seriez d'avantage motivé à exécuter ces conseils	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous seriez satisfait pour les générations à venir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous essayeriez de devenir hygiéniste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Passez à la question 136.***Le métier d'hygiéniste dentaire n'est pas autorisé en France****127. Pensez-vous qu'il serait bon d'avoir d'avantage de prévention au cabinet dentaire ?**

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Oui, je pense que la prévention est à la base de tout le système de santé : il n'y en aura jamais assez
- Oui, nous pourrions être plus informés sur la pratique concrète de la prévention
- Oui, éventuellement, pourquoi pas...
- Non, je me sens suffisamment efficace dans la gestion de ma santé
- Non, la prévention coûte trop cher à la sécurité sociale
- Non, la prévention me prend déjà trop de temps et/ou d'argent
- Je n'ai pas vraiment d'avis sur le sujet

128. Souhaiteriez-vous avoir accès, en France, aux soins d'une hygiéniste dentaire ?*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Oui, mais uniquement si les honoraires sont pris en charge par l'assurance maladie
- Non

129. Si le métier d'hygiéniste dentaire était autorisé en France...*Une seule réponse possible par ligne.*

	Faux	Vrai	Ni vrai, ni faux
Vous prendriez des rdv de contrôle plus fréquemment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous auriez moins peur du cabinet dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous apprécieriez recevoir des conseils personnalisés sur l'hygiène bucco-dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous seriez d'avantage motivé à exécuter ces conseils	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous seriez satisfait pour les générations à venir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous essayeriez de devenir hygiéniste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Passez à la question 136.

Le métier d'hygiéniste dentaire n'est pas autorisé en France

130. Pensez-vous qu'il serait bon d'avoir d'avantage de prévention au cabinet dentaire ?

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Oui, je pense que la prévention est à la base de tout le système de santé : il n'y en aura jamais assez
- Oui, les patients devraient être plus informés sur la pratique concrète de la prévention
- Oui, éventuellement, pourquoi pas...
- Non, je me sens suffisamment efficace dans la communication de la prévention avec les patients
- Non, la prévention coûte trop cher à la sécurité sociale
- Non, la prévention prend déjà trop de temps et/ou d'argent aux patients
- Je n'ai pas vraiment d'avis sur le sujet
- Autre : _____

131. Pensez-vous que le métier d'hygiéniste dentaire devrait exister en France ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Oui, mais uniquement si la formation est ouverte aux assistantes dentaires
- Non

132. Si le métier d'hygiéniste dentaire était autorisé en France...

Une seule réponse possible par ligne.

	Faux	Vrai	Ni vrai, ni faux
Vous craindriez d'avoir une surcharge de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous craindriez de perdre une partie de vos rôles auprès du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous apprécieriez de savoir que les patients reçoivent des conseils personnalisés de la part d'une spécialiste de la prévention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous seriez satisfait(e) pour les générations à venir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous essayeriez de devenir hygiéniste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Passez à la question 136.

Le métier d'hygiéniste dentaire n'est pas autorisé en France

133. Pensez-vous qu'il serait bon d'avoir d'avantage de prévention dans les cabinets dentaires et les services d'odontologie ?

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Oui, je pense que la prévention est à la base de tout le système de santé : il n'y en aura jamais assez
- Oui, les patients devraient être plus informés sur la pratique concrète de la prévention
- Oui, éventuellement, pourquoi pas...
- Non, la prévention en santé publique a d'autres priorités bien plus importantes
- Non, la prévention coûte trop cher à la sécurité sociale
- Non, la prévention prend déjà trop de temps et/ou d'argent aux patients
- Je n'ai pas vraiment d'avis sur le sujet
- Autre : _____

134. Pensez-vous que le métier d'hygiéniste dentaire devrait exister en France ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

135. Pensez-vous que le métier d'hygiéniste dentaire pourrait être une spécialisation ouverte aux infirmières ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Non, ça n'aurait aucun sens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oui, ce serait parfait

136. Quelques précisions : à votre humble avis...

Une seule réponse possible par ligne.

	Vrai	Faux	Ni vrai, ni faux
Vous avez des compétences initiales idéales pour apprendre et exercer ce métier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La spécialisation vers le travail en bouche vous semble trop longue et trop compliquée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une spécialisation étant une restriction des habilitations, une infirmière s'ennuierait en ne travaillant qu'en odontologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travailler dans un cabinet dentaire vous plairait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La description du métier d'hygiéniste dentaire pourrait vous intéresser professionnellement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sans être intéressée personnellement, vous pensez que proposer cette spécialisation aux infirmières est une bonne idée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si vous pouviez devenir hygiéniste dentaire, vous souhaiteriez vous spécialiser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Passez à la question 136.

Merci beaucoup pour vos réponses !!

137. Vos commentaires sur la thématique des hygiénistes dentaires en France :

138. Vos commentaires sur ce sondage :

139. M'autorisez-vous à éventuellement citer vos commentaires dans la thèse d'exercice qui a motivé ce sondage ?

Une seule réponse possible.

- Oui : merci de vous identifier à la fin de vos commentaires
- Non

140. M'autorisez-vous à vous contacter pour d'éventuels approfondissements ?

Une seule réponse possible.

- Oui : merci de préciser des coordonnées qui me permettront de vous contacter dans vos commentaires
- Non

M'envoyer une copie de mes réponses

Fourni par

 Google Forms

28 Mars 2018

**LA SANTE
BUCCO-DENTAIRE,
UN ENJEU
DE SANTE PUBLIQUE**



ASD
AGIR POUR LA SANTÉ DENTAIRE

Etude réalisée à l'initiative d'Agir pour la Santé Dentaire

**Avec le concours du Pr Jean-Jacques Zambrowski,
Médecin, Economiste de la santé,
Université Paris-Saclay**

*Nous tenons à remercier tout particulièrement les nombreux chirurgiens-
dentistes allemands, belges et suédois qui nous ont permis d'appréhender
la complexité de leur système de santé bucco-dentaire et toutes les
personnes ayant participé à nos analyses et nos réflexions.*

Contact presse : contact@agird.fr

Sommaire

Préambule	4
Synthèse	5
I / Etat des lieux du système de santé bucco-dentaire en France	7
A - Santé dentaire et santé générale, un lien méconnu et sous-estimé.....	7
1 - La santé générale est tributaire de la santé dentaire.....	7
2 - La santé dentaire impacte le bien-être social.....	8
B - Santé dentaire : des coûts indirects élevés.....	8
C - Une prise en charge inadaptée de la prévention, des soins conservateurs et des traitements parodontaux.....	9
1 - La prévention.....	9
2 - Les soins conservateurs.....	10
a. <i>Une faible proportion de consultations préventives</i>	10
b. <i>Une nomenclature défavorable aux soins conservateurs</i>	10
3 - Les traitements parodontaux.....	12
D - Épidémiologie : absence d'étude exploitable.....	13
E - Une comparaison avec l'UE globalement défavorable.....	14
1 - Dépenses en soins dentaires.....	15
2 - Reste à charge.....	16
3 - Indicateurs de la santé dentaire.....	17
4 – Prévention.....	18
5 - Taux de recours.....	19
6 - Délégation de tâche.....	19
II / Besoins	20
A - Donner à la santé bucco-dentaire une vraie place dans les spécialités médicales.....	20
B - Mettre en place une réelle politique de prévention.....	22
III / Propositions	24
A - Mettre en place un observatoire de la santé dentaire (études épidémiologiques).....	24
B – Prévention.....	25
1 - Collective : Service sanitaire en première étape (insuffisant sur la durée).....	25
2 – Prévention individuelle : Récompenser un contrôle annuel par un bonus de prise en charge des soins de prothèse à venir.....	26
C - Permettre la délégation de tâches : les assistants dentaires spécialisés en prévention.....	27
D - Une valorisation adaptée des soins les plus efficaces.....	28
1 - Instaurer un forfait de prévention annuel.....	28
2 - Valoriser les soins conservateurs et endodontiques au-dessus de leur coût de revient.....	29
3 - Prendre en charge partiellement les traitements des parodontites.....	31
E- Une médecine buccale contemporaine et actualisable.....	32
Conclusion	34
Annexe : Comparaison avec le système de santé allemand	35
Références	44

Préambule

La santé est définie au niveau individuel comme «l'état physiologique normal de l'organisme d'un être vivant, en particulier d'un être humain qui fonctionne harmonieusement, dont aucune fonction vitale n'est atteinte, [...]»

Au niveau collectif, on parle de santé publique pour désigner «l'état sanitaire d'un groupe social, état physiologique des membres d'une collectivité» et «l'ensemble des mesures mises en œuvre dans un pays pour améliorer ou protéger l'état de santé de la population».

La France met en œuvre une politique de santé considérée comme ambitieuse et généreuse au sens où l'accessibilité aux différentes composantes du système de santé et l'équité dans leur mise à disposition effective sont pour l'essentiel garanties à tous ses habitants. Les données épidémiologiques et démographiques confirment le bien-fondé général de cette politique, même si certains ajustements permettraient de progresser encore, notamment en matière d'efficience, qui mesure l'efficacité d'un mode de prise en charge rapportée aux ressources engagées pour l'obtenir.

Un autre axe d'amélioration possible est ce qui concerne la prévention. Celle-ci commence avec l'éducation à la santé dès les premières années du parcours scolaire, pour se prolonger tout au long de la vie, en incluant le recours au dépistage systématique lorsqu'il est reconnu comme efficient.

La prise en charge des affections aiguës ou chroniques est globalement bien assurée, qu'il s'agisse d'affections somatiques ou psychiques.

Un domaine reste cependant très en retard en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge, surtout si l'on considère qu'une prise en charge précoce est non seulement bénéfique pour le patient, mais aussi en règle générale sensiblement moins onéreuse pour la collectivité.

Il s'agit de la santé bucco-dentaire.

Or l'ambitieux programme de développement de la prévention en santé présenté par le gouvernement le 26 mars 2018 n'en fait nullement mention. Le retard ne peut que s'accroître.

Les raisons de ce retard – on peut parler de sous-développement par rapport à nos principaux voisins européens – sont multiples. On peut à cet égard relever l'impact du caractère essentiellement extra-hospitalier et largement libéral de ce secteur.

Pourtant, toutes les études confirment que la santé bucco-dentaire est une composante à part entière de la santé globale.

La santé d'un individu est en effet à bien des égards tributaire de sa santé bucco-dentaire : les études montrent une relation hautement significative entre une mauvaise santé bucco-dentaire et le risque de mortalité par cancer ou maladie cardio-vasculaire ou cérébro-vasculaire, ou encore sur le contrôle du diabète. En outre l'impact social d'une altération de la santé bucco-dentaire est manifeste, avec des conséquences significatives pour les individus concernés.

Ainsi, il y a tout lieu de considérer que pour la société, et singulièrement les régimes obligatoires de l'Assurance Maladie, l'impact économique d'une mauvaise santé dentaire dépasse largement le montant des dépenses en soins dentaires, surtout si on inclut les coûts ou les manques sur recettes liés pour ces payeurs à la perte de productivité.

Or il existe aujourd'hui des moyens de prévention, de dépistage et de traitement précoce qui, dans le cadre d'une politique de santé conduite par les pouvoirs publics, permettraient de combler ce retard. Le présent rapport dresse l'état des lieux, analyse les besoins, et émet des propositions concrètes et réalistes, qui permettraient à notre pays de combler son retard et d'améliorer ainsi le niveau de santé et la satisfaction des citoyens en la matière.

Synthèse

En France, les coûts directs des soins dentaires sont estimés à 11,1 milliards d'euros et les coûts indirects à 6,3 milliards d'euros, avec une prévalence des pathologies bucco-dentaires proche de 100% (selon l'OMS). Au-delà de l'inconfort qu'elles peuvent provoquer (douleur, mastication entravée, gêne importante...), elles favorisent la **dégradation de la santé générale et du bien-être social.**

De nombreux pays européens ont pris la mesure de cette problématique et ont décidé au début des années 2000 de changer de paradigme, en privilégiant la prévention, l'économie tissulaire de l'organe dentaire et les soins de gencives.

L'état français est conscient de son retard puisque de nombreuses études ont été commandées à la DREES sur la mise en place de dispositifs de prévention (Bilan Bucco-Dentaire) et sur les soins aux personnes fragiles. Elles ont été complétées par des rapports de la Cour des Comptes, de la CNAM et de la HAS.

L'absence de données actualisées sur l'état bucco-dentaire des français (la dernière date de 2006, et ne prend que quelques aspects de la population française) ne permet pas d'avoir une vision précise comme l'Allemagne ou la Suède.

Le dernier rapport de la DREES compare d'ailleurs des systèmes de santé de bucco-dentaire européens (Allemagne, Suède et Pays Bas) plus efficaces que celui de la France en matière de prévention et de développement des soins précoces. Ils répondent ainsi mieux aux données actuelles de la science et aux recommandations de la HAS. Ce rapport permet d'éclairer sur la direction à suivre, même s'il convient de le corriger de ses imprécisions, puis d'étendre notre réflexion à d'autres pays européens (Danemark ou encore Belgique, qui a changé récemment de paradigme conventionnel).

Le système de santé bucco-dentaire français occupe une situation singulière en Europe, caractérisé par :

- Une faible dépense comparée aux pays de même niveau économique ;
- Un reste à charge parmi les 4 plus faibles au monde ;
- Des indicateurs de santé bucco-dentaire se situant en-dessous des pays de l'UE de même niveau et n'ayant pas été évalués de manière fiable depuis 12 à 15 ans ;
- Une proportion de la population consultant un dentiste une fois par an très faible comparée à l'Allemagne, la Suède ou les Pays-Bas, et une consultation trop souvent motivée par l'urgence ;
- Un système de prévention très limité et dont l'efficacité est discutable ;
- Les tarifs de soins conservateurs les plus faibles en Europe ;
- Le taux d'assistant dentaire par dentiste le plus faible d'Europe, sans la possibilité de déléguer des tâches cliniques.

La négociation d'une nouvelle convention en cours est l'occasion unique de s'aligner sur les orientations prises par nos voisins et de les améliorer. La prévention, les soins conservateurs et parodontaux doivent devenir la base de la nouvelle politique de santé bucco-dentaire. Ce rapport fait des propositions concrètes en lien avec les orientations du gouvernement.

Après un investissement initial qui nous semble maîtrisé, le bénéfice progressif permettra de faire des économies à moyen terme, d'améliorer l'état bucco-dentaire des Français et de prévenir la hausse des dépenses de santé dentaire liées au vieillissement de la population.

Synthèse de nos propositions :

A - Mettre en place un observatoire de la santé dentaire (études épidémiologiques)

Créer un observatoire de la santé bucco-dentaire ayant pour mission de réaliser tous les 5 ans une étude complète de la santé orale des Français est un prérequis indispensable à toute politique visant à améliorer la santé bucco-dentaire.

B - Prévention

1 – Prévention collective : le service sanitaire, une première étape

En complément du service sanitaire, mettre en place un programme de prévention destiné aux établissements scolaires recevant des enfants âgés de 3 à 12 ans, permettant aux dentistes d'y réaliser des enseignements sur l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation, et des dépistages de caries.

2 – Prévention individuelle : récompenser un contrôle annuel par un bonus de prise en charge des soins de prothèse à venir

Mettre en place une consultation de prévention dentaire annuelle et incitative : quand le patient réalise une visite de suivi ou un acte de soins conservateurs, une fois par an pendant 5 ans, il bénéficie d'un bonus de prise en charge de 20% (porté à 30 % au bout de 10 ans).

C - Permettre la délégation de tâches : les assistants dentaires spécialisés en prévention

Mettre en place un diplôme d'assistant dentaire de niveau 2, destiné aux assistants dentaires qualifiés ayant au minimum 2 ans d'expérience, leur permettant de réaliser des actes de prévention. Cette formation dure en Europe 2 à 3 ans selon les pays. Il faudra par conséquent 5 à 10 ans avant que les dentistes soient en capacité de voir annuellement une proportion satisfaisante de la population (objectif 70 à 75% vs 43% aujourd'hui). **La mise en place de cette mesure est donc particulièrement urgente.**

D - Une valorisation adaptée des soins les plus efficaces

1 - Instaurer un forfait de prévention annuel

Instaurer un forfait de prévention annuel pour toute la population favorisant les actes de dépistage, de détartrage et d'enseignement d'une technique de brossage adaptée.

Cette mesure ne pourra être effective qu'après la création d'un nombre suffisant d'assistants dentaires spécialisés en prévention. Une première étape consistera à limiter ce forfait à une fois tous les 2 ans.

2 - Valoriser les soins conservateurs et endodontiques au-dessus de leur coût de revient

Augmenter progressivement et significativement les tarifs des soins conservateurs (soins de caries) et des traitements endodontiques (dévitalisation) pour atteindre la moyenne européenne.

L'augmentation de la dépense sera compensée par la diminution des volumes de soins curatifs.

3 - Prendre en charge partiellement les traitements des parodontites

Prendre en charge partiellement l'assainissement parodontal (surfaçage radiculaire) sur la base de 180 €.

Le surfaçage radiculaire resterait un acte non opposable, sauf pour les patients diabétiques (ALD) à hauteur de 270% du tarif de base.

E- Une médecine buccale contemporaine et actualisable

Les pratiques prises en charge doivent être réévaluées tous les 5 ans en fonction des consensus et recommandations internationales, corrélés aux progrès rapides de la science. Notre système de santé dentaire doit être orienté par la preuve scientifique (evidence based medicine).

I / Etat des lieux du système de santé bucco-dentaire en France

A - Santé dentaire et santé générale, un lien méconnu et sous-estimé

1 - La santé générale est tributaire de la santé dentaire

Une bouche malade augmente le risque de maladies générales, dont les maladies cardiovasculaires, les AVC, les cancers. Faits documentés par plus de 20 000 articles scientifiques internationaux. A l'inverse, un détartrage une fois par an diminue de 25 % le risque d'accident cardiovasculaire.

Il est établi qu'une bonne santé dentaire est essentielle pour pouvoir s'alimenter et parler correctement. Elle permet également de pouvoir sourire, ce qui a des retombées sociales et psychologiques prouvées.

Au-delà de ces aspects connus, la santé dentaire a également des conséquences importantes et pourtant méconnues sur la santé générale. Depuis plus de vingt ans, les relations entre santé dentaire et santé générale sont les domaines les plus étudiés de la recherche en médecine dentaire, générant la publication de plus de 20 000 articles scientifiques internationaux.

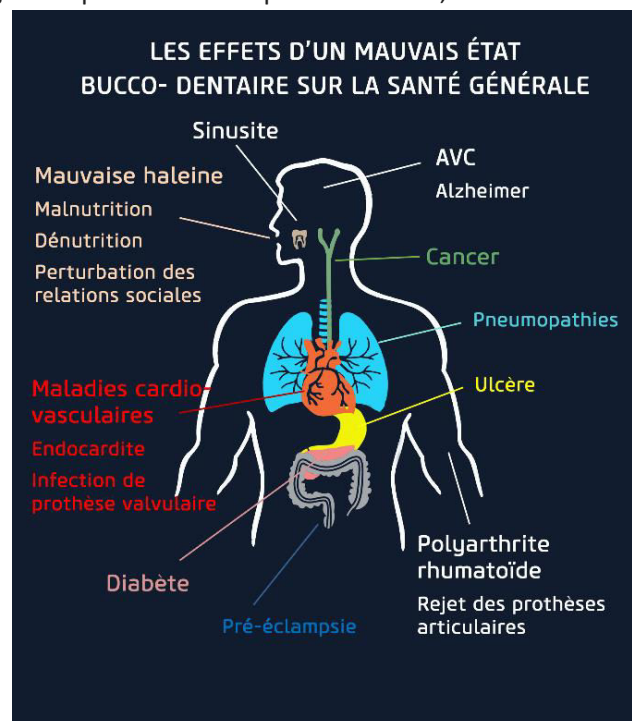
Ces études ont permis d'établir que des maladies telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, les AVC, les endocardites, les cancers, les infections à distance, la maladie d'Alzheimer, la polyarthrite rhumatoïde, les pneumopathies et la dénutrition ont toutes des relations étroites et souvent directes avec des pathologies dentaires.

La plupart du temps, ces maladies sont liées à des bactéries associées aux parodontites (infections des gencives), qui pénètrent dans la circulation sanguine et favorisent le développement de maladies de tout autre nature.

Ainsi, si on se limite aux relations avec les pathologies les plus coûteuses pour la société, on retiendra que la parodontite :

- augmente de 14% le risque de cancer chez la femme ménopausée¹,
- augmente de 27% le risque de mortalité par cancer sur l'ensemble de la population²,
- pourrait produire des tumeurs malignes du tube digestif, comme par exemple le cancer du pancréas³,
- augmente de 34% le risque de développer une maladie cardio-vasculaire⁴,
- dérégule le diabète et augmente la résistance à l'insuline⁵.

A l'inverse, un détartrage une fois par an diminue de 25 % le risque d'accident cardiovasculaire et de 13 % celui d'AVC⁶. Le traitement des parodontites aide aussi à l'équilibration du diabète⁷.



¹ Nwizu 2017 <http://cebp.aacrjournals.org/cgi/lookup?view=long&pmid=28765338>

² Heikkilä 2018 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jic.31254/full>

³ Nieminen 2018 <https://www.nature.com/articles/bjc2017409>

⁴ Blaizot 2009 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19774803>

⁵ Southerland 2006 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1600-0757.2005.00138.x>

⁶ Chen 2011 [http://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(12\)00089-7/fulltext](http://www.amjmed.com/article/S0002-9343(12)00089-7/fulltext)

⁷ Teeuw 2010 <http://care.diabetesjournals.org/content/33/2/421.long>

Toutes les références disponibles en ligne sont accessibles en cliquant sur le lien correspondant.

2 - La santé dentaire impacte le bien-être social

Tout problème bucco-dentaire peut entraîner un handicap touchant le bien-être social et devenir un facteur d'exclusion.

Il est largement reconnu que les maladies bucco-dentaires peuvent avoir des effets variables sur les personnes, leur bien-être et leur qualité de vie. Les maladies dentaires causent douleurs et gênes ; elles affectent les fonctions physiques comme mâcher, parler et sourire et influencent les rôles sociaux de l'individu.

Des dents absentes non remplacées sont de fait souvent perçues négativement par la société. Cela peut nuire à la perception que l'on a de soi, aux relations sociales, voire à l'embauche.

Enfin, les personnes édentées en EHPAD sont plus fragiles, ont un état physique et une santé générale plus dégradés et ont une moins bonne qualité de vie que les personnes âgées ayant des dents dans ces établissements⁸.

Les résultats de diverses recherches cliniques montrent que les traitements dentaires et les interventions de santé publique peuvent améliorer les indices de qualité de vie⁹.

B - Santé dentaire : des coûts indirects élevés

Soins dentaires en France : Coûts directs, 11,1 milliards d'euros et plus de 6,3 milliards d'euros de coûts indirects.

Le montant de la consommation des soins dentaires en France a été de 11,1 milliards d'euros en 2016¹⁰. Mais ce montant n'inclut pas les frais indirects, notamment les coûts liés à la perte de productivité associée aux arrêts de travail et au temps passé à consulter. Une méthode de calcul a été proposée par l'OMS pour évaluer ces coûts. Pour l'Europe occidentale, les coûts indirects ont été estimés à 56,5% des coûts directs¹¹, soit 6,3 milliards d'euros pour la France.

L'impact économique d'une mauvaise santé dentaire dépasse donc largement le montant des dépenses en soins dentaires. **Si on additionne les dépenses associées aux maladies induites par des pathologies dentaires, l'impact sur le bien-être de la population et la perte de productivité, il semble hautement probable que l'impact économique induit par les pathologies dentaires soit au moins égal au montant des dépenses en soins dentaires.**

⁸ Hoeksema 2018 <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00784-018-2360-y>

⁹ Baiju 2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5535498/>

¹⁰ DREES 2017 http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2017.pdf

¹¹ Righolt 2018 http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022034517750572?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed

C - Une prise en charge inadaptée de la prévention, des soins conservateurs et des traitements parodontaux

1 - La prévention

La prévention bucco-dentaire individuelle se concentre sur le programme M'T dents pour les 6-18 ans, avec un taux de participation qui n'est que de 35%, à comparer aux 43% des Français consultant une fois par an un dentiste. La prévention collective est quasi inexistante.

Au niveau national, l'effort de prévention dentaire se concentre sur le programme M'T Dents. Il consiste en une visite de dépistage prise en charge à 100 % par la sécurité sociale et sans avance de frais par le patient, chez les femmes enceintes et chez les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans.

La prévention chez la femme enceinte est des plus pertinentes car elle permet de prévenir les pathologies des gencives très fréquentes à cette étape de la vie et **de donner des conseils en matière de prévention de la maladie carieuse à la future maman** en lui recommandant d'adopter pour son enfant une alimentation prévenant la survenue de caries.

Le programme M'T Dents se heurte cependant à plusieurs écueils. Tout d'abord, n'étant pas obligatoires, **ces consultations sont peu observées et le taux de participation n'est que de 35 %¹². En comparant ce chiffre aux 43% de Français qui ont consulté au moins une fois un dentiste dans l'année en 2014¹³, on mesure le faible impact de cette action.** De plus, les populations socio-économiquement défavorisées y participent beaucoup moins que les populations aux revenus élevés. Or, l'impact du niveau socio-économique de la population n'est plus à démontrer sur l'état de santé dentaire¹⁴.

Par ailleurs, les visites de dépistage pour les enfants ayant lieu tous les 3 ans, elles instaurent ce rythme comme étant la norme à respecter alors que seule une visite annuelle permet d'assurer une détection précoce des pathologies carieuses et parodontales, et ainsi éviter de manière efficace le recours à des soins invasifs.

De plus, commencer cette action de prévention à 6 ans est inadapté, car c'est dès les premiers moments de la vie que les consultations dentaires sont essentielles afin de mettre en place des conseils de prévention en matière d'alimentation et de brossage des dents.

Enfin, sur le plan collectif, le dispositif M'T dents prévoit une phase de sensibilisation par des dentistes dans les classes de CP, sans dépistage. En 2013, 250 000 enfants ont pu en bénéficier. **En 2014 les budgets alloués ont été réduits et seuls 20 000 enfants situés en zone d'éducation prioritaire bénéficient de cette mesure. Enfin, aucune action de dépistage à l'échelon national n'est réalisée en milieu scolaire.**

¹² CNAM 2012 https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/29052013_DP_MT_dents_VDEF.pdf

¹³ DREES 2017 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>

¹⁴ DREES 2017 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>

2 - Les soins conservateurs

En France, selon la DREES, le volume des soins conservateurs représente 53% de l'ensemble des soins réalisés. L'Allemagne a réussi sa révolution puisqu'actuellement les chirurgiens-dentistes réalisent 75 % de soins conservateurs, ce qui montre la réussite d'une politique de prévention associée à une rémunération adaptée. En France la tarification de ces soins est 2 à 3 fois plus faible que la moyenne de l'UE et 3 à 4 fois inférieure à celle de l'Allemagne et des pays ayant le même niveau économique.

En France le recours aux soins conservateurs dentaires (soins de caries et dévitalisations) est trop limité (53%) comparé à l'Allemagne et la Suède, où le volume des soins conservateurs sur l'ensemble des soins dentaires est respectivement de 75 et 94%¹⁵. La formation initiale ou continue incite largement pourtant au développement des techniques conservatrices (enseignement du gradient thérapeutique par exemple¹⁶).

Deux raisons expliquent ce faible recours aux soins conservateurs.

a. Une faible proportion de consultations préventives

Seulement 37 % des Français consultent de manière préventive contre 69% au Danemark. L'urgence est le motif de consultation dans 31% des cas alors qu'il n'est que de 13% au Danemark¹⁷. Des consultations en urgence impliquent généralement des soins sur des dents très délabrées avec pour conséquence le besoin de réaliser des prothèses, voire d'extraire les dents.

b. Une nomenclature défavorable aux soins conservateurs

La nomenclature défavorise les soins conservateurs au profit d'autres soins. Ce phénomène s'apparente à celui observé à l'hôpital avec la distorsion des pratiques liée à la tarification à l'activité (T2A). Le même raisonnement s'applique aux soins conservateurs dentaires. La distorsion de la pratique de ces soins est liée à une nomenclature qui n'est pas équilibrée entre ces soins et les autres actes dentaires dont les honoraires sont libres.

Pour exemple, un soin de carie simple (1 face) est tarifé 19,28 €. Cela ne valorise ni le temps passé, ni l'instrumentation nécessaire dans les conditions d'asepsie requise, puisque le coût moyen de revient de cet acte, hors rémunération du chirurgien-dentiste, est de 45,47 € (Tabl. 1). **Tous les actes conservateurs, chirurgicaux ou de prophylaxie sont ainsi tarifés en dessous de leur coût moyen de revient¹⁸.** Cette situation est la conséquence d'un désengagement de la sécurité sociale du système de santé dentaire depuis 30 ans, comme l'indiquait la Cour des Comptes dans ses rapports de 2010¹⁹ et de 2016²⁰. En effet, les tarifs des soins conservateurs n'ont globalement pas été réévalués sur les 30 dernières années. **Cela a conduit à une baisse de la part de la prise en charge de la sécurité sociale dans les soins dentaires de 3,1 % depuis 2006.**

¹⁵ DREES 2013 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er847.pdf>

¹⁶ TIRLET 2009 : http://leolafargues.com/docs/pdf/articles/article_id_16.pdf

¹⁷ Eurobaromètre 2010 : http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_330_fr.pdf

¹⁸ J.DEMOY, Quels sont les coûts réels des actes conservateurs et endodontiques ? Inf. Dent ; 3, vol. 99, 2017

¹⁹ Rapport de la Cour des Comptes 2010 : http://snohp.fr/images/pdf/Rapport_cours_des_comptes_soins_dentaires.pdf

²⁰ Rapport de la Cour des Comptes 2016 : <https://www.dynamiquedentaire.com/dd-content/uploads/2016/09/Cour-des-comptes-rapport-securite-sociale-2016-soins-bucco-dentaires.pdf>

Les tarifs des soins conservateurs en France sont les plus bas d'Europe, 2 à 3 fois plus faibles que la moyenne de l'UE et 3 à 4 fois inférieurs à ceux pratiqués en Allemagne et dans les pays ayant le même niveau économique²¹.

Tableau 1 : Coût des soins conservateurs (hors rémunération du dentiste)

	Composite 1 face	Composite 2 faces	Composite 3 faces	Traitement endodontique 1 canal	Traitement endodontique 2 canaux	Traitement endodontique 3 canaux	Détartrage (bouche entière)
Temps réalisation en min	25,2	32,6	39	38,6	49,8	73	30
Coût du tps réalisation	30,30 €	39,20 €	46,89 €	46,41 €	59,88 €	87,77 €	36,07 €
Coût moyen des fournitures	15,17 €	16,26 €	17,08 €	26,51 €	35,20 €	43,89 €	10,00 €
Coût total de réalisation	45,47 €	55,46 €	63,97 €	72,92 €	95,08 €	131,66 €	46,07 €
Tarif de responsabilité	19,28 €	33,74 €	40,97 €	33,74 €	48,20 €	81,94 €	41,32 €
Diff. avec le tarif de responsabilité en %	- 136 %	- 64 %	- 56%	- 116 %	- 97 %	- 61 %	- 11 %

Sources : J.DEMOY, Quels sont les coûts réels des actes conservateurs et endodontiques ? Inf. Dent ; 3, vol. 99, 2017

Si on ne tient compte que du coût de revient des 6 actes les plus courants de soins de caries et de dévitalisations des dents, on constate que les chirurgiens-dentistes ne perçoivent aucune rémunération pour ces traitements et qu'ils en financent en plus, 43% du coût de production, pour un total de 728 millions d'euros. Cette donnée permet d'éclairer sur l'incohérence du système de santé bucco-dentaire en France et des sommes à mettre en jeu pour favoriser le recours à ces actes.

Tableau 2 : Financement des principaux actes conservateurs et endodontiques (hors rémunération du dentiste)

Acte	Tarif de responsabilité	Coût de revient	Nb d'actes en 2016 (M)	Coût financé par UNCAM et UNOCAM (M€)	Coût financé par les dentistes (M€)
Composite 1 face	19,28 €	45,45 €	6,1	117,4	159,5
Composite 2 faces	33,74 €	55,46 €	7,9	264,9	170,5
Composite 3 faces	40,97 €	63,97 €	7,1	290,3	162,9
Traitement endodontie 1 canal	33,74 €	72,92 €	1,1	38,1	44,2
Traitement endodontie 2 canaux	48,20 €	95,08 €	1,6	77,7	75,5
Traitement endodontie 3 canaux	81,94 €	131,66 €	2,3	189,2	114,8
Total				977,4 M€	727,5 M€

Sources : J.DEMOY, Quels sont les coûts réels des actes conservateurs et endodontiques ? Inf. Dent ; 3, vol. 99, 2017 – SNIIRAM 2016

²¹ Cf Annexe p.39

3 - Les traitements parodontaux

50% de la population française est atteinte de parodontite et 75% des patients atteints ne sont pas traités. Alors qu'il diminue l'impact de pathologies générales majeures et coûteuses, le traitement de la parodontite n'est pas pris en charge par l'assurance maladie, à l'inverse de l'Allemagne par exemple.

Les parodontites touchent plus de 50% de la population française, ce qui en fait la maladie chronique la plus fréquente. Passé 50 ans, il s'agit de la première cause de perte des dents. On estime que seulement 25% de la population française atteinte de parodontite a reçu un traitement adapté²² alors que ces traitements sont parfaitement maîtrisés depuis plus de 20 ans. Les parodontites étant fortement associées à la nicotine et à la qualité de l'hygiène orale, l'arrêt de la consommation de tabac et l'enseignement d'une technique de brossage rigoureuse font partie intégrante du traitement de ces maladies. **Ainsi, le traitement parodontal participe efficacement à la lutte contre le tabagisme et à la prévention de la carie.**

Bien que bénéfique pour la prévention de nombreuses pathologies générales, le traitement de la parodontite n'est pas pris en charge par la sécurité sociale et est rarement remboursé par les assurances complémentaires de santé. **En revanche, il est pris en charge partiellement par la sécurité sociale en Allemagne, en Belgique, en Suède et au Danemark²³.**

²² Bourgeois 2007 Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0765.2006.00936.x/abstract;jsessionid=A8484FF99C01B41B466CC79EF8456F5E.f03t04>

²³ Cf Annexe p.33

D - Épidémiologie : absence d'étude exploitable

Bien qu'une politique de santé publique se construise à partir d'un constat permettant de fixer un objectif sanitaire à atteindre, aucune donnée épidémiologique récente n'est disponible sur l'état de santé dentaire des Français.

En France, il n'y a pas de surveillance régulière du statut dentaire de la population infantile. La dernière étude nationale a été réalisée en 2006. L'indice CAO, mesurant le nombre de dents cariées, absentes ou obturées, était de 1,23 à 12 ans avec 56% des enfants sans carie. La France est donc considérée comme étant dans une situation moyenne en Europe entre les pays du Nord (CAO <1) et les pays de l'Est (CAO > 3).

Cependant, ces données ne peuvent être considérées comme fiables, car ces mesures ont été réalisées il y a 7 à 20 ans²⁴⁻²⁵.

Tableau 3 : Evolution de l'état de santé dentaire en France depuis 30 ans

	1987	1998	2006
Indice CAO à 12 ans	4,2	1,94	1,23
Enf. de 12 ans indemnes de carie	12%	40%	56%

Concernant la population édentée totale, il n'existe aucune étude fiable. L'estimation habituellement retenue est que 16,3% des plus de 65 ans sont édentés totalement en France²⁶.

De même, la dernière enquête menée sur l'état de santé parodontale date de 2003²¹.

Ainsi, quel que soit l'indicateur observé, aucune donnée épidémiologique récente n'est disponible sur l'état de santé dentaire en France. Il est ainsi impossible d'évaluer l'impact des mesures de santé publique comme le programme M'T dents ou les besoins spécifiques de la population.

²⁴ TRAVER 2014, Etat bucco-dentaire des jeunes participants au dispositif de l'examen bucco-dentaire (EBD). Santé Publique. 2014, 26. 481-490p.

²⁵ ROLAND 2006. Epidémiologie de la carie chez les enfants de 6,9 et 12 ans des Centres d'examen de santé. Inf Dent. 2006, 88 (33). 2011-2016p

²⁶ HAS 2006 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_prothese_amovible_definitive_complete_2007_06_13_15_06_32_684.pdf

E - Une comparaison avec l'UE globalement défavorable

Bien qu'une comparaison médicale actuelle soit délicate par manque d'étude, il est néanmoins important de souligner les progrès de nos voisins et ce qui a fonctionné chez eux. Une attention particulière sera portée sur l'Allemagne, dont la structure se rapproche de celle de la France.

Le système de santé dentaire français occupe une situation singulière en Europe, caractérisé par :

- Une faible dépense comparée aux pays de même niveau économique ;
- Un reste à charge parmi les 4 plus faibles au monde ;
- Des indicateurs de santé bucco-dentaire se situant en-dessous des pays de l'UE de même niveau et n'ayant pas été évalués de manière fiable depuis 12 à 15 ans ;
- Une proportion de la population consultant un dentiste une fois par an très faible comparée à l'Allemagne, la Suède ou les Pays-Bas, et une consultation trop souvent motivée par l'urgence ;
- Un système de prévention très limité et dont l'efficacité est discutable ;
- Les tarifs de soins conservateurs les plus faibles en Europe ;
- Le taux d'assistant dentaire par dentiste le plus faible d'Europe, sans la possibilité de déléguer des tâches cliniques.

Le paragraphe qui suit compare le système de santé dentaire français aux systèmes européens de même niveau économique. L'Allemagne ayant la structure qui se rapproche le plus de la nôtre, la majorité des comparaisons qui suivent se rapporteront à ce pays. On trouvera également dans l'annexe une description détaillée du système allemand.

1 - Dépenses en soins dentaires

En France, une dépense de soins dentaires annuelle par habitant parmi les plus faibles en Europe.

Les dépenses bucco-dentaires en Allemagne s'élevaient à 25,76 milliards d'euros en 2015²⁷, représentant 0,85% du PIB²⁸ et 315 € par habitant et par an. A titre de comparaison, les dépenses bucco-dentaires en France ont été de 10,7 milliards d'euros en 2015²⁹, soit 0,50 % du PIB³⁰ et 161 € par habitant et par an.

Tableau 4 : Dépenses en soins dentaires en Europe en 2015

Pays	dépense en soins dentaires / habitant et par an	part du PIB des soins dentaires	salaire annuel brut moyen
Allemagne	315 €	0,85%	38 735 €
France	161 €	0,50%	33 897 €
Grande-Bretagne	157 €	0,50%	34 817 €
Italie	249 €	0,82%	31 630 €
Suède	292 €	0,68%	36 222 €

Sources : part du PIB des soins dentaires Allemagne : DESTATIS, France : DREES, Grande-Bretagne, Italie, Suède : Oral Health European Platform – Salaire annuel : Comparatif social européen - Démographie : OCDE

²⁷ DESTATIS

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/AusgabenGesundheitPDF_2120711.pdf?__blob=publicationFile

²⁸DESTATIS : PIB Allemagne 2015 3043,65 milliards €

https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/VGR/Inlandsprodukt/Tabellen/BruttoinlandVierteljahresdaten_pdf.pdf?__blob=publicationFile

²⁹ DREES <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2016.pdf>

³⁰ INSEE <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2850642>

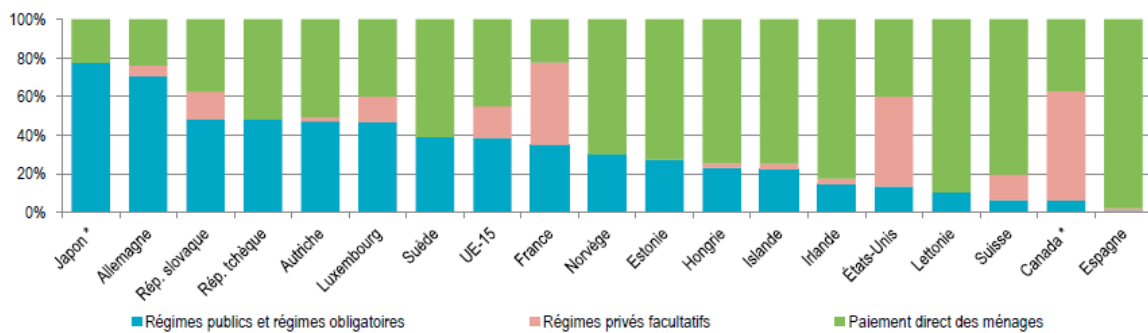
2 - Reste à charge

En France, un reste à charge parmi les plus bas d'Europe pour les ménages. Des dépenses prises en charge par l'AMO en baisse régulière.

Le reste à charge en matière de soins dentaires en Allemagne est l'un des plus faibles dans le monde, à un niveau équivalent à celui de la France et du Japon. L'assurance maladie couvre 68 % des dépenses en Allemagne, alors qu'en France, les dépenses prise en charge par l'AMO baissent régulièrement pour s'établir en 2014 à 33%³¹.

Graphique 1 : Répartition de la dépense courante des soins en cabinets dentaires par financeur en 2015

En % de la dépense en cabinet dentaire



* Données 2014.

Source : DREES

³¹ Rapport de la Cour des Comptes 2016 : <https://www.dynamiquedentaire.com/dd-content/uploads/2016/09/Cour-des-comptes-rapport-securite-sociale-2016-soins-bucco-dentaires.pdf>

3 - Indicateurs de la santé dentaire

L'Allemagne partant d'une situation plus défavorable que celle de la France en 1989, a aujourd'hui l'un des taux de caries les plus faibles au monde.

Tableau 5 : Indicateurs de la santé dentaire en France, Allemagne, Suède et Pays-Bas

	Indice CAO à 12 ans	% de zéro CAO à 12 ans	% de la population édentée à > 65 ans
France	1,23	56%	16%
Allemagne	0,5	81,30%	12,40%
Suède	0,7	65%	6%
Pays-Bas	0,6	73%	40%

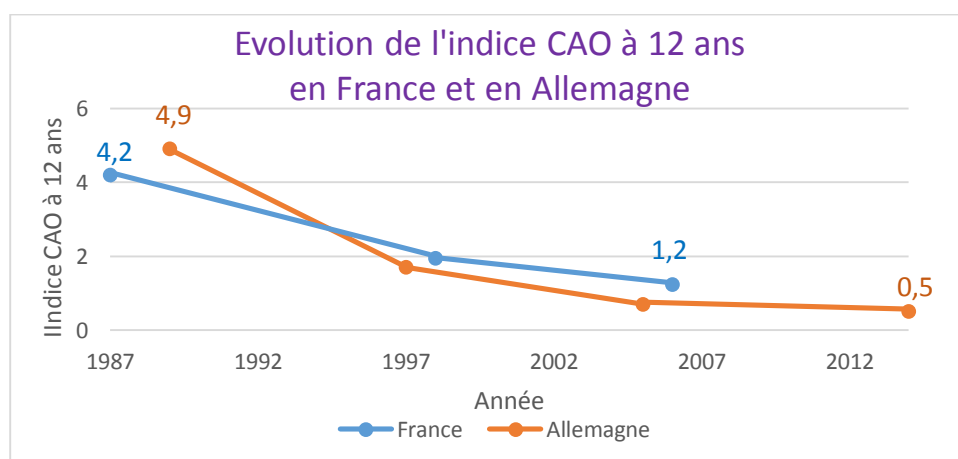
Source : BZAEK - CED 2015. Les données pour la France sont de 2006, pour l'Allemagne de 2015, pour la Suède et les Pays-Bas de 2011

L'indice CAO mesure le nombre de dents cariées, absentes ou obturées. En matière d'indice CAO et « zéro CAO » (zéro dent cariée ou absente) chez les enfants de 12 ans, l'Allemagne, la Suède et les Pays-Bas affichent de très bons résultats, en comparaison à la France et aux pays de l'OCDE³². Il en est de même pour le pourcentage de la population de plus de 65 ans totalement édentée, Pays-Bas mis à part.

L'évolution de la santé dentaire des Allemands est intéressante à noter. Partant d'une situation plus défavorable que celle de la France en 1989, avec un indice CAO chez les enfants de 12 ans de 4,9 contre 4,2 en France à la même époque, cet indice atteint la valeur de 0,5 en 2014, soit l'une des meilleures au monde³³.

Tableau 6 : Evolution de la santé dentaire en Allemagne

	Indice CAO à 12 ans	Indice CAO chez les 35-44 ans	Indice CAO chez les 65-74 ans	Population édentée après 65 ans
1997	1,7	16,1	23,6	24,8%
2014	0,5	11,2	17,7	12,4%



³² CED 2015 <https://www.ondp.pt/europa/cedmanual/2015/ced-manual-2015-completo.pdf>

³³ BZAEK https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/dms/Zusammenfassung_DMS_V.pdf

4 – Prévention

En Allemagne et en Suède, une politique de prévention dense et incitative encouragea la consultation régulière du plus grand nombre chez les dentistes et cible les moins de 18 ans, les personnes âgées, handicapées et à très faibles revenus.

Depuis plusieurs années en Allemagne, des programmes de prévention ciblent particulièrement les enfants, les personnes âgées et handicapées et les personnes à très faibles revenus.

• **La prévention à l'échelle individuelle** s'effectue sur la base d'un programme qui s'adresse à deux catégories d'âge :

- Les enfants de 0 à 72 mois ayant droit à 9 consultations sur cette période³⁴,
- Les enfants de 6 à 18 ans ayant droit à deux visites par an chez le dentiste.

• **La prévention à l'échelle collective** est destinée aux établissements scolaires recevant des enfants âgés de 3 à 12 ans. 1 à 4 fois par an, les dentistes dispensent des enseignements sur l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation, effectuent des dépistages de caries et peuvent aussi réaliser des traitements au fluor si nécessaire. **En 2008, 14 000 dentistes ont participé à ce programme et ont suivi 6,8 millions d'enfants jusqu'à 12 ans, soit 80 % des enfants allemands.**

• **Les personnes âgées et handicapées bénéficient également de mesures de prévention depuis 2012**³⁵. Une prise en charge des frais de déplacement permettent aux dentistes d'effectuer des consultations sur les lieux de résidence des patients.

• **Les patients à très faibles revenus** peuvent prétendre à une aide supérieure sur les prothèses pouvant aller jusqu'à une prise en charge à 100 % du tarif de référence.

En mettant en place une politique de prévention des maladies bucco-dentaires, l'Allemagne a permis à l'ensemble de sa population de bénéficier de cette amélioration de l'état de santé dentaire.

En suivant un parcours très similaire, la Suède a obtenu le même type de résultat après avoir fait de la santé dentaire une priorité nationale en 1999. Les réformes se sont également traduites par des baisses de 12 % du nombre d'actes prothétiques/implantologie et de 7 % du nombre de couronnes entre 2009 et 2011³⁶.

³⁴ KZBV 2014 https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/pk/140207/ECC_Konzept.pdf

³⁵ KZBV 2010 https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/AuB_Konzept.pdf

³⁶ Försäkringskassan 2012 https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/ed272266-6432-4ab2-a433-2135428ab724/socialforsakringsrapport_2012_7.pdf?MOD=AJPERES

5 - Taux de recours

Un taux de recours faible en France. Des visites dentaires trop souvent en urgence.

La proportion de la population allemande et suédoise ayant recouru au moins une fois dans l'année à un dentiste est supérieure à 70 %³⁷ alors qu'elle n'est que de 43% en France³⁸.

De même, l'urgence est pour 31% des Français le motif de la dernière consultation. C'est le plus mauvais score des pays européens ayant un niveau économique équivalent au nôtre³⁹. Cette attitude ne favorise pas le recours aux soins précoces, mais au contraire le recours aux soins prothétiques, avec les conséquences financières et le reste à charge associés.

6 - Délégation de tâche

Un taux d'assistants élevé en Europe avec la possibilité de déléguer les tâches de prévention et prophylaxie.

Un cabinet dentaire allemand fonctionne en moyenne avec 2,6 assistants dentaires. On compte en moyenne 2 assistants dentaires par dentiste dans les autres pays de l'UE de niveau économique équivalent et seulement 0,5 assistant en France par dentiste.

Tableau 7 : Nombre d'assistants dentaires ou hygiénistes par dentiste en Europe

Pays	Nb assistant dentaire ou hygiéniste par dentiste
France	0,5
Allemagne	2,6
Autriche	2,3
Espagne	1,4
Italie	2,1
Pays-Bas	2,2
Royaume-Uni	1,5
Suède	1,8

Source : CED 2015

La quasi-totalité des pays de l'UE ont mis en place une spécialisation en prévention des assistants dentaires. Grâce à ces formations complémentaires, les dentistes ont la possibilité de déléguer plus de tâches à leurs assistants, comme par exemple la prise de clichés radiographiques, l'éducation du patient, le détartrage des dents ou le traitement des gencives. L'ensemble de ces actes reste sous la prescription, le contrôle et la responsabilité du dentiste.

³⁷ DREES 2018 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er847.pdf>

³⁸ DREES 2017 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>

³⁹ Eurobaromètre 2010 http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_330_fr.pdf

II / Besoins

A - Donner à la santé bucco-dentaire une vraie place dans les spécialités médicales

Oublié de la plupart des réformes de santé publique, le domaine bucco-dentaire a toute sa place dans la Stratégie Nationale de Santé (SNS). La médecine dentaire doit être intégrée dans le parcours de santé du patient.

La dichotomie entre la dentisterie et la médecine, enseignée comme deux entités distinctes est passéiste, artificielle et délétère pour notre santé. Le temps est venu de replacer la médecine buccale dans la médecine globale. En effet, **oublié de la plupart des réformes de santé publique, le domaine bucco-dentaire, a toute sa place dans la Stratégie nationale de santé (SNS). Des spécialistes d'autres pays appellent également à cette réintégration⁴⁰.**

Le corps est un ensemble dont l'équilibre est interdépendant.

Primordiale, la santé bucco-dentaire est souvent révélatrice de la santé générale d'un individu. Défaillante, elle constitue un bon exemple de pathologie chronique ayant des effets sur la santé, mais aussi des conséquences sociales et psychologiques.

Le premier indice du manque de reconnaissance de la médecine buccale en France est l'absence totale d'étude épidémiologique. L'épidémiologie est pourtant indispensable⁴¹ pour identifier les causes des affections, des maladies et des facteurs de risques. Cette absence engendre un manque de visibilité de la médecine buccale que l'OMS⁴² reconnaît pourtant comme essentielle pour l'état général et la qualité de la vie.

Conséquence de ce manque de visibilité, la chirurgie-dentaire n'est pas suffisamment intégrée au parcours de soins tel qu'il est actuellement conçu. Pourtant, les chirurgiens-dentistes sont des acteurs majeurs de santé publique. Ils participent notamment au dépistage des cancers buccaux, des diabètes, des maladies cardiovasculaires, des troubles du comportement alimentaire... et assurent un suivi des patients de la naissance à la fin de vie.

Nous devons anticiper le coût du vieillissement de la population, qui implique l'augmentation des maladies chroniques. Pour relever ce défi, il est indispensable de décloisonner les pratiques du secteur hospitalier, de la médecine de ville et du secteur médico-social. Ceci va également nécessiter de rééquilibrer la part respective de la prévention, des soins et de l'éducation thérapeutique dans nos dépenses de santé.

Ces évolutions impliquent que chacun connaisse, comprenne et intègre le rôle et les compétences de tous. Ainsi, médecins, chirurgiens-dentistes et autres professionnels de santé doivent apprendre à travailler ensemble pour induire une meilleure participation du patient à sa prise en charge et, de fait, une amélioration de son état de santé.

⁴⁰ Murthy 2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4765966/>

⁴¹ Veiga 2015 <https://scionline.org/open-access/the-importance-of-epidemiology-in-dental-medicine.pdf>

⁴² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>

La stratégie nationale de santé doit répondre aux objectifs de l'OMS⁴³ en les intégrant dans une économie de santé publique propre à chaque pays. Afin d'être respecté, l'ONDAM doit trouver des économies à travers des objectifs de bonne santé pour tous. La définition d'un parcours de soins vise à concevoir la santé dans sa globalité. La médecine buccale ne peut être mise de côté. Le Dossier Médical Personnalisé (DMP) doit être disponible et modifiable dans son ensemble par les chirurgiens-dentistes qui sont prescripteurs et opérateurs.

⁴³ <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/fr/>

B - Mettre en place une réelle politique de prévention

Toute action visant à diminuer le reste à charge pour la prothèse dentaire ne peut trouver sa légitimité comptable que si elle est associée à une politique favorisant la diminution du recours à ces actes. L'effet inverse sera atteint, en plafonnant 87% de l'activité prothétique des dentistes en dessous des tarifs moyens, tout en laissant les soins conservateurs en dessous de leur coût de revient, car cela implique que les dentistes devront trouver un équilibre financier ailleurs. Par contre, faire le pari de la prévention permettra d'améliorer la santé dentaire des patients, tout en réalisant à terme des économies, comme en Allemagne ou au Danemark.

En France, la sécurité sociale s'est désengagée progressivement de la prise en charge des soins dentaires et n'a pas tenu compte de l'avancée des connaissances scientifiques dans son mode de prise en charge. Une politique comptable a figé les tarifs opposables des soins courants, les déconnectant de toute réalité économique (ils se situent souvent à la moitié de leur coût de revient, hors rémunération du dentiste).

Le reste à charge pour les soins dentaires en France, bien que faisant partie des plus faibles dans le monde, apparaît dans l'inconscient général comme étant très élevé. Cela résulte d'un fort recours aux traitements prothétiques, très peu pris en charge par la sécurité sociale. Cela pose un problème de démocratie sanitaire et d'une médecine à 2 vitesses.

Toute action visant à diminuer le reste à charge pour la prothèse dentaire ne peut trouver sa légitimité comptable que si elle est associée à une véritable politique favorisant la diminution du nombre de soins prothétiques. Cela implique en priorité de revaloriser significativement les soins conservateurs, pour que les dentistes y aient davantage recours et de favoriser une visite annuelle chez le dentiste, pour permettre une prise en charge précoce des pathologies dentaires.

L'état actuel des négociations conventionnelles entre les chirurgiens-dentistes et l'UNCAM ne vont pas dans ce sens. En plafonnant 87% de l'activité prothétique à des tarifs 10% inférieurs aux tarifs moyens pratiqués en France, tout en laissant les soins conservateurs en dessous de leur coût de revient, **on crée un contresens politique, car cela implique que les dentistes devront trouver un équilibre financier ailleurs. L'exemple canadien l'a montré, la fixation d'un plafond irréaliste se traduit par une augmentation des volumes⁴⁴.**

Une autre conséquence pourrait être la disparition d'une part importante des dentistes conventionnés. D'après une enquête Ifop pour le think tank Agir pour la Santé Dentaire⁴⁵, si de tels plafonds étaient mis en place, 23% des dentistes se déconventionneraient et 25% prendraient leur retraite ou émigreraient. **Au total, le nombre de dentistes conventionnés diminuerait de moitié, entraînant une perte d'accès aux soins politiquement inacceptable⁴⁶.**

Enfin, 65% des dentistes ayant des tarifs supérieurs aux plafonds prothétiques envisagés (données SNIIRAM 2016), nombre d'entre eux seront incités à **se tourner vers l'étranger** car ils ne pourront plus honorer les tarifs des prothésistes dentaires français, avec pour conséquence **des milliers de licenciements** dans cette profession qui emploie 18 000 personnes en France.

Les ajustements tarifaires envisagés ne tiennent pas lieu de politique de santé. **L'objectif devrait être le «zéro carie – zéro prothèse», en passe d'être atteint au Danemark et en Allemagne et non de favoriser une évolution de la pratique dentaire vers le «tout prothèse».**

⁴⁴ Trésor Eco 2008 p.6-7 <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/File/326885>

⁴⁵ <http://agirsd.fr/>

⁴⁶ IFOP 2017 http://agirsd.fr/wp-content/uploads/2018/01/resultat_sondage_chir_dent_ifop.pdf

Valoriser les soins en fonction de leur légitimité et instaurer une vraie politique de prévention est en réalité la seule politique permettant :

- d'améliorer la santé et le bien-être de la population,
- de réaliser des économies sur les dépenses de santé dentaire et de santé générale,
- d'obtenir un retour politique favorable et durable en rendant exceptionnelles les dépenses avec un reste à charge élevé.

« Nos voisins l'ont montré, c'est possible et ça marche » :

L'Allemagne a fait un pari osé à la fin des années 80 : miser sur la prévention. Aujourd'hui les études d'impact réalisées outre-Rhin montrent le bénéfice évident d'un suivi régulier sur la santé dentaire⁴⁷. Les chirurgiens-dentistes allemands ont changé de paradigme. Ils sont passés du soin curatif à la dentisterie préventive.

Et les résultats sont là : baisse spectaculaire des caries et du nombre de patients édentés. Depuis 1991, le nombre d'extractions a diminué de 25% et le nombre de soins de caries, de 41 %⁴⁸.

Les Allemands ont ainsi démontré que la prévention était la voie qui permettait d'améliorer la santé dentaire des patients, tout en réalisant à terme des économies.

Le Danemark a pris aussi le virage de la prévention et a tiré plus rapidement les bénéfices économiques de ce changement de paradigme, grâce à une démographie et un niveau de vie plus favorables. Il est à présent le leader mondial de la santé dentaire et le pays qui dépense le moins pour ces soins : 0,33% du PIB⁴⁹. Au Danemark, les besoins en soins curatifs ont tellement chuté qu'on dénombre 2 assistants dentaires spécialisés en prévention pour un dentiste.

⁴⁷ https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/dms/Zusammenfassung_DMS_V.pdf

⁴⁸ http://www.i-g-z.de/index_htm_files/IGZ_2016-02.pdf

⁴⁹ Oral Health European Platform <http://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2015/09/Report-the-State-of-Oral-Health-in-Europe.pdf>

III / Propositions

A - Mettre en place un observatoire de la santé dentaire (études épidémiologiques)

Aucune étude récente évaluant l'état de santé bucco-dentaire n'est disponible en France. Il est donc impossible de mesurer les besoins réels et l'impact des politiques de santé.

Notre proposition :

Créer un observatoire de la santé bucco-dentaire ayant pour mission de réaliser tous les 5 ans une étude complète de la santé orale des Français est un prérequis indispensable à toute politique visant à améliorer la santé bucco-dentaire.

Afin d'établir des comparaisons internationales, le modèle allemand devrait être utilisé, en collectant les données suivantes :

- Indice CAO pour la population âgée de 12 ans, 35-44 ans et 65-74 ans,
- Etat parodontal des 35-44 ans et 65-74 ans,
- Taux d'édentation totale chez les 65-74 ans.

B - Prévention

1 – Prévention collective : le service sanitaire, une première étape

Le service sanitaire présenté par la Ministre des Solidarités et de la Santé va dans le sens d'un développement de la prévention. Dans le domaine de la médecine bucco-dentaire, il permettra aux 1200 étudiants de 4^{ème} année de réaliser une action de prévention et de sensibilisation dans les établissements scolaires pendant 6 semaines en équivalent temps plein⁵⁰. Cette action aura également l'avantage de «favoriser l'inter-professionnalité et l'interdisciplinarité des étudiants en santé par la réalisation de projets communs à plusieurs filières de formation»⁵¹.

Pour renforcer son efficacité, cette action devrait s'accompagner d'un dépistage et de l'enseignement d'une technique de brossage adaptée. Cependant, les étudiants en 4^{ème} année n'ont ni la capacité légale, ni l'autonomie pour pouvoir réaliser ces actes sans encadrement.

Notre proposition :

En complément du service sanitaire, mettre en place un programme de prévention destiné aux établissements scolaires recevant des enfants âgés de 3 à 12 ans, permettant aux dentistes d'y réaliser des consultations collectives.

Lors de ces visites, les dentistes dispenseraient des enseignements sur l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation et effectueraient des dépistages de caries. Ces dépistages facilitent l'identification des enfants «à risques» et notamment de ceux qui ne se rendent jamais chez le dentiste.

Ce type de programme existe en Allemagne et permet de voir 1 à 4 fois par an **80 % des enfants allemands**. Financé par le système d'assurance obligatoire, le budget annuel alloué à ce programme est aujourd'hui d'environ 43 millions d'euros⁵².

⁵⁰ Vaillant 2018 http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_service_sanitaire_pr_vaillant.pdf

⁵¹ <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/le-service-sanitaire>

⁵² Cf annexe p.36

2 – Prévention individuelle : Récompenser un contrôle annuel par un bonus de prise en charge des soins de prothèse à venir

Les Allemands et les Belges sont fortement incités à se rendre régulièrement chez leur dentiste.

En Allemagne, ils bénéficient d'une visite de contrôle biannuelle prise en charge par la sécurité sociale. Plus de 70% de la population allemande se rend au moins une fois par an chez son dentiste. Cette visite consignée dans un carnet de bonus, le «Bonus Heft», permet au bout de 5 ans continus, de bénéficier d'une meilleure prise en charge sur les traitements prothétiques à venir^{53,54}.

Notre proposition :

Mettre en place une consultation de prévention dentaire annuelle et incitative en s'inspirant des modèles allemand et belge : quand le patient réalise une visite de suivi ou un acte de soins conservateurs, une fois par an pendant 5 ans, il bénéficie d'un bonus de prise en charge de 20% (porté à 30 % au bout de 10 ans).

Ce dispositif rencontre un réel succès outre-Rhin et plus de 50% des patients en bénéficient. Selon un sondage IFOP pour le think tank Agir pour la Santé Dentaire, une majorité de Français estime que ce type de mesure les inciterait à consulter un dentiste une fois par an⁵⁵.

⁵³ KZBV <http://www.kzbv.de/festzuschuesse-zum-zahnersatz.37.de.html>

⁵⁴ Cf annexe p.37

⁵⁵ IFOP 2018 <http://agirsd.fr/wp-content/uploads/2018/03/sondage.pdf>

C - Permettre la délégation de tâches : les assistants dentaires spécialisés en prévention

Améliorer l'état de santé dentaire des Français implique de les voir en consultation tous les ans.

43% de la population ont consulté au moins une fois un dentiste dans l'année. Si **l'objectif est de voir en consultation chaque année 70% à 75% de la population** ayant plus de 3 ans, cela nécessite la **création de 6 à 7000 postes** à temps plein pour assurer le surplus de consultations, hors soins consécutifs.

La **création d'une profession d'assistant dentaire spécialisé en prévention**, à l'instar de la très grande majorité des pays qui nous entourent (23 pays sur les 28 de l'UE), pourrait permettre de remplir cet objectif de prévention.

Ces professionnels de santé auraient pour tâches de réaliser de nombreux actes : dépistages, conseils en matière d'hygiène dentaire et d'alimentation, radiographies, détartrages, actes techniques de prévention de la carie comme l'application de vernis fluorés et de sealants (soin de prévention de la carie) chez les enfants.

Ils exerceraient sous le **contrôle des chirurgiens-dentistes**, dans un cabinet dentaire, afin d'assurer la sécurité et la continuité des soins. Cette profession s'inscrirait ainsi dans une réelle politique de prévention et permettrait une offre de consultation plus grande et à moyen terme une baisse des soins prothétiques et implantaires.

Cela permettrait également la création de 6 à 7 000 emplois.

Tableau 8 : Besoins en assistants dentaires spécialisés en prévention

Pop. Française 2017	67 187 000
% de Français ayant consulté un dentiste en un an	43%
Durée d'une consultation de prévention en min	30
Nb h travaillées en moy (35h/semaine)	1540
Equivalents temps pleins supplémentaires nécessaires pour voir 75 % de la population	6980
Equivalents temps pleins supplémentaires nécessaires pour voir 70 % de la population	5890

Notre proposition :

Mettre en place un diplôme d'assistant dentaire de niveau 2, destiné aux assistants dentaires qualifiés ayant au minimum 2 ans d'expérience. Cette formation dure en Europe 2 à 3 ans selon les pays.

Il faudra par conséquent 5 à 10 ans avant que les dentistes soient en capacité de voir annuellement une proportion satisfaisante de la population.

La mise en place de cette mesure est donc particulièrement urgente.

D - Une valorisation adaptée des soins les plus efficaces

1 - Instauration d'un forfait de prévention annuel

En Allemagne, en Suède ou aux Pays-Bas, les dentistes rappellent automatiquement leurs patients tous les 6 mois. Cette action explique en grande partie la proportion élevée de la population consultant annuellement le dentiste.

La valorisation satisfaisante des actes de prévention incite les chirurgiens-dentistes allemands, suédois et néerlandais à pratiquer de manière privilégiée ces actes et à voir régulièrement leurs patients.

Notre proposition :

Instaurer un forfait de prévention annuel pour toute la population favorisant les actes de dépistage, de détartrage et d'enseignement d'une technique de brossage adaptée.

Cette mesure ne pourra être effective qu'après la création d'un nombre suffisant d'assistants dentaires spécialisés en prévention. Une première étape consistera à limiter ce forfait à une fois tous les 2 ans. Le coût immédiat de cette mesure sera de **164 millions d'euros** et se trouvera rapidement compensé par la baisse du nombre de soins de caries, d'extractions et de prothèses.

Ce forfait prévention serait facturé 30 €, soit 7 € de plus qu'une consultation, auxquels pourraient s'ajouter le tarif d'un détartrage et/ou de radiographies, s'ils sont pratiqués dans la même séance.

Tableau 9 : Coût du forfait prévention

Proportion de la population à voir par an (objectif)	70%
Tarif du forfait prévention (<i>surcoût de 7 € / consultation</i>)	30 €
Coût du forfait prévention tous les 2 ans	164 150 000 €

2 - Valoriser les soins conservateurs et endodontiques au-dessus de leur coût de revient

Les soins conservateurs constituent les actes les plus efficaces avec les actes de prévention : plus ils sont réalisés précocement, plus le risque est faible de devoir recourir à des actes coûteux et délabrants comme les prothèses.

Or, les tarifs des soins conservateurs sont fixés en France à des niveaux souvent équivalents à la moitié de leur prix de revient⁵⁶. Ce sont quasiment les plus bas d'Europe, en moyenne 3 à 4 fois inférieurs aux tarifs constatés en Allemagne, aux Pays-Bas ou en Suède⁵⁷.

Valoriser les soins conservateurs à un niveau incitatif pour les dentistes est la condition *sine qua non* de leur développement.

Notre proposition :

Augmenter progressivement et significativement les tarifs des soins conservateurs (soins de caries) et des traitements endodontiques (dévitalisations) pour atteindre la moyenne européenne. L'augmentation de la dépense sera compensée par la diminution des volumes de soins curatifs.

Le coût de cette mesure serait de 1,4 milliards d'euros si elle était appliquée en une seule fois. Nous proposons de la mettre en place progressivement en fixant un tarif cible à 5-10 ans et en évaluant les économies faites chaque année sur les traitements prothétiques, afin d'augmenter au fur et à mesure les valorisations.

En majorant immédiatement les tarifs de ces soins de 70% de la revalorisation ciblée, le coût de cette mesure est évalué à **986 millions d'euros**.

Comme en Belgique ou en Allemagne, afin de favoriser le développement de pratiques de qualité et préservant la dent, la revalorisation serait associée :

- à un «forfait digue» de 10 € si elle est utilisée⁵⁸,
- à un «forfait technique adhésive» de 10 € en cas d'utilisation du composite.

Exemple :

Un composite 3 faces sur une molaire serait codifié comme un amalgame 3 faces (HBMD038) et facturé 65,51€, auquel seraient ajoutés 10€ pour le « forfait technique adhésive » et 10 € pour le « forfait digue », si ce champ opératoire est utilisé.

L'acte global serait facturé ainsi 85,51€.

⁵⁶ Cf § I-C-2-b p.10

⁵⁷ Cf Annexe p.39

⁵⁸ La mise en place de la digue permet de réaliser les traitements à l'abri de la salive, de l'humidité et de toute contamination bactérienne. Son utilisation systématique pour les actes de collage et endodontiques a fait l'objet de plusieurs recommandations de la HAS.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/rapport_traitement_endodontique.pdf

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/risque_carieux_synthese_recos.pdf

Tableau 10 : Coût de la revalorisation des soins conservateurs et endodontiques

CODE CCAM	ACTE	Tarif CCAM	Quantité actes en 2016 (millions)	Tarif cible	Tarif immédiat	Surcoût BR (M€)	Tarif immédiat composite (2 forfaits compris)	Revalorisation avec 2 forfaits %	Coût forfait digue 10 € (M€)**	Coût forfait tech. adhésive 10 € (M€)**
HBMD038	Composite ou amalgame 3 faces prémolaire/molaire	40,97 €	5,4	94,36 €	65,51 €	131,9	85,51 €	109%	40,3	40,3
HBMD054	Composite 3 faces incisive/canine	40,97 €	1,8	94,36 €	65,51 €	45,1	85,51 €	109%	13,8	13,8
HBMD049	Composite ou amalgame 2 faces prémolaire/molaire	33,74 €	6,1	80,86 €	50,00 €	99,4	70,00 €	107%	45,8	45,8
HBMD047	Composite 2 angles incisive/canine	86,00 €	0,3	129,53 €	94,60 €	2,5	114,60 €	33%	2,1	2,1
HBMD050	Composite 2 faces incisive/canine	33,74 €	1,8	80,86 €	50,00 €	28,7	70,00 €	107%	13,2	13,2
HBMD053	Composite ou amalgame 1 face prémolaire/molaire	19,28 €	4,5	65,10 €	29,22 €	44,2	49,22 €	155%	33,4	33,4
HBMD058	Composite 1 face incisive/canine	19,28 €	1,6	65,10 €	29,22 €	15,5	49,22 €	155%	11,7	11,7
HBMD044	Composite d'angle incisive/canine	43,00 €	1,1	101,66 €	65,51 €	24,7	85,51 €	99%	8,2	8,2
HBMD042	Composite ou amalgame avec ancrage radiculaire	79,53 €	1,6	116,10 €	79,53 €	0,0	99,53 €	25%	11,8	14,9
HBMD055	Inlay-onlay 3 faces*	40,97 €	0,3	100,00 €	80,00 €	10,6	100,00 €	144%	2,1	2,1
HBMD046	Inlay-onlay 2 faces*	33,74 €	0,0	80,86 €	58,86 €	1,0	80,86 €	134%	0,3	0,3
HBMD043	Inlay-onlay 1 face*	19,28 €	0,0	65,10 €	43,10 €	0,8	65,10 €	227%	0,2	0,2
TOTAL			24,4			405,0			183,1	183,1
COUT TOTAL SOINS CONSERVATEURS										771,2 M€

CODE CCAM	ACTE	TARIF CCAM	Qté actes en 2016 (millions)	Tarif cible	Tarif immédiat	Surcoût BR (M€)	Tarif immédiat forfait compris	Revalorisation avec forfaits %	Coût forfait digue 10 € (M€)**	
HBFD008	Traitement endodontique molaire	81,94 €	1,5	188,54 €	123,24 €	63,4	133,24 €	63%	11,5	
HBFD024	Traitement endodontique molaire non vivante	81,94 €	0,6	188,54 €	123,24 €	24,8	133,24 €	63%	4,5	
HBBD002	Traitement endodontique molaire après apexification	81,94 €	0,2	188,54 €	123,24 €	7,2	133,24 €	63%	1,3	
HBFD021	Traitement endodontique 1ère prémolaire supérieure	48,20 €	0,3	133,88 €	79,04 €	8,5	89,04 €	85%	2,1	
HBFD297	Traitement endodontique 1ère prémolaire sup. non vivante	48,20 €	0,1	133,88 €	79,04 €	2,9	89,04 €	85%	0,7	
HBBD034	Traitement endo. 1ère prémol. sup. après apexification	48,20 €	0,0	133,88 €	79,04 €	1,1	89,04 €	85%	0,3	
HBFD035	Traitement endodontique prémolaire	48,20 €	0,8	133,88 €	79,04 €	24,4	89,04 €	85%	5,9	
HBFD003	Traitement endodontique prémolaire non vivante	48,20 €	0,3	133,88 €	79,04 €	8,9	89,04 €	85%	2,2	
HBBD001	Traitement endodontique prémolaire après apexification	48,20 €	0,1	133,88 €	79,04 €	3,6	89,04 €	85%	0,9	
HBFD033	Traitement endodontique incisive/canine	33,74 €	0,8	103,00 €	56,37 €	17,2	66,37 €	97%	5,7	
HBFD001	Traitement endodontique incisive/canine non vivante	33,74 €	0,3	103,00 €	56,37 €	6,3	66,37 €	97%	2,1	
HBBD003	Traitement endo incisive/canine après apex.	33,74 €	0,1	103,00 €	56,37 €	2,0	66,37 €	97%	0,7	
HBFD006	Pulpotomie d'une dent temporaire	16,87 €	0,2	81,99 €	37,43 €	4,9	47,43 €	181%	1,8	
TOTAL			5,3			175,1			39,6	
COUT TOTAL ENDODONTIE										214,7 M€

Source : SNIIRAM 2016 – * Les Inlay-onlay restent non opposables. ** Taux de recours estimé des forfaits digue et tech. adhésive : 75%

3 - Prendre en charge partiellement les traitements des parodontites

On estime à 50% la proportion de la population française atteinte de parodontite et non traitée. Passé 50 ans, il s'agit de la première cause de perte des dents.

Bien que parfaitement maîtrisé, le traitement de la parodontite n'est pas pris en charge par la sécurité sociale et est rarement remboursé par les assurances complémentaires de santé.

Pourtant, les parodontites favorisent significativement l'incidence de maladies graves ayant un coût élevé pour l'AMO parmi lesquelles le diabète (19 Md €)⁵⁹, les cancers (16,1 Md €)⁶⁰ et les maladies cardio-vasculaires (15,1 Md €)⁶¹. Le coût cumulé du traitement de ces maladies est de plus de 50 milliards d'euros par an.

Faire de la prévention, du diagnostic précoce et du traitement de la parodontite une priorité permettrait d'améliorer la santé bucco-dentaire des patients et leur santé en général. À long terme, cela deviendrait très rentable pour la société.

Notre proposition :

Prendre en charge partiellement l'assainissement parodontal (surfaçage radiculaire) sur la base de 180 €. Le surfaçage radiculaire resterait un acte non opposable, sauf pour les patients diabétiques (ALD) à hauteur de 270% du tarif de base.

Coût de la mesure : **464 millions d'euros**, qui seront rapidement amortis grâce aux économies faites sur :

- la diminution des soins consécutifs aux parodontites non traitées (caries, extractions, remplacement des dents manquantes par de la prothèse) ;
- les bénéfices du sevrage tabagique, presque toujours associé au traitement parodontal ;
- la diminution de l'incidence des pathologies générales associées aux parodontites.

Tableau 11 : Coût la prise en charge partielle du traitement des parodontites

Population âgée de 40 à 80 ans (millions)	30,3
Montant de la prise en charge du traitement parodontal	180 €
Taux population âgée de 40 à 80 ans atteinte de parodontite	50,0%
Taux de recours	17%
Coût forfait parodontal	464 M€

⁵⁹ https://www.lesechos.fr/24/08/2016/LesEchos/22261-018-ECH_assurance-maladie---le-cout-du-diabete-risque-de-s-envoler.htm#

⁶⁰ https://www.lesechos.fr/07/09/2017/lesechos.fr/030533528722_cancer---les-francais-n-ont-aucune-idee-du-cout-des-traitements.htm#formulaire_enrichi::bouton_google_inscription_article

⁶¹ TUPPIN 2016 <http://www.em-consulte.com/article/1062107/article/prevalence-and-economic-burden-of-cardiovascular-d>

E- Une médecine buccale contemporaine et actualisable

En Belgique, le processus conventionnel démarre par l'élaboration de «fiches de besoins», sorte de «catalogue de bonnes intentions». L'orientation de la politique de santé y est débattue. A travers les méta-analyses internationales, jumelées aux études de l'observatoire national de la santé dentaire, tous les 5 ans les avancées scientifiques doivent être étudiées afin d'offrir à la population une meilleure santé et d'éviter les pertes de chances.

Notre proposition :

Les pratiques prises en charge doivent être réévaluées tous les 5 ans en fonction des consensus et recommandations internationales, corrélés aux progrès rapides de la science. Notre système de santé dentaire doit être orienté par la preuve scientifique (evidence based medicine).

Synthèse de nos propositions :

A - Mettre en place un observatoire de la santé dentaire (études épidémiologiques)

Créer un observatoire de la santé bucco-dentaire ayant pour mission de réaliser tous les 5 ans une étude complète de la santé orale des Français est un prérequis indispensable à toute politique visant à améliorer la santé bucco-dentaire.

B - Prévention

1 – Prévention collective : le service sanitaire, une première étape

En complément du service sanitaire, mettre en place un programme de prévention destiné aux établissements scolaires recevant des enfants âgés de 3 à 12 ans, permettant aux dentistes d’y réaliser des enseignements sur l’hygiène bucco-dentaire et l’alimentation, et des dépistages de caries.

2 – Prévention individuelle : récompenser un contrôle annuel par un bonus de prise en charge des soins de prothèse à venir

Mettre en place une consultation de prévention dentaire annuelle et incitative : quand le patient réalise une visite de suivi ou un acte de soins conservateurs, une fois par an pendant 5 ans, il bénéficie d’un bonus de prise en charge de 20% (porté à 30 % au bout de 10 ans).

C - Permettre la délégation de tâches : les assistants dentaires spécialisés en prévention

Mettre en place un diplôme d’assistant dentaire de niveau 2, destiné aux assistants dentaires qualifiés ayant au minimum 2 ans d’expérience, leur permettant de réaliser des actes de prévention. Cette formation dure en Europe 2 à 3 ans selon les pays. Il faudra par conséquent 5 à 10 ans avant que les dentistes soient en capacité de voir annuellement une proportion satisfaisante de la population (objectif 70 à 75% vs 43% aujourd’hui). **La mise en place de cette mesure est donc particulièrement urgente.**

D - Une valorisation adaptée des soins les plus efficaces

1 - Instaurer un forfait de prévention annuel

Instaurer un forfait de prévention annuel pour toute la population favorisant les actes de dépistage, de détartrage et d’enseignement d’une technique de brossage adaptée.

Cette mesure ne pourra être effective qu’après la création d’un nombre suffisant d’assistants dentaires spécialisés en prévention. Une première étape consistera à limiter ce forfait à une fois tous les 2 ans.

2 - Valoriser les soins conservateurs et endodontiques au-dessus de leur coût de revient

Augmenter progressivement et significativement les tarifs des soins conservateurs (soins de caries) et des traitements endodontiques (dévitalisation) pour atteindre la moyenne européenne.

L’augmentation de la dépense sera compensée par la diminution des volumes de soins curatifs.

3 - Prendre en charge partiellement les traitements des parodontites

Prendre en charge partiellement l’assainissement parodontal (surfaçage radiculaire) sur la base de 180 €. Le surfaçage radiculaire resterait un acte non opposable, sauf pour les patients diabétiques (ALD) à hauteur de 270% du tarif de base.

E- Une médecine buccale contemporaine et actualisable

Les pratiques prises en charge doivent être réévaluées tous les 5 ans en fonction des consensus et recommandations internationales, corrélés aux progrès rapides de la science. Notre système de santé dentaire doit être orienté par la preuve scientifique (evidence based medicine).

Conclusion

Le système de santé dentaire français présente certains points forts :

- Une faible dépense comparée aux pays de même niveau économique ;
- Un reste à charge parmi les 4 plus faibles au monde.

Malheureusement, l'absence d'étude épidémiologique récente ne permet pas de mesurer son efficacité.

Une faible prise en charge des prothèses dentaires par la sécurité sociale et un taux de recours élevé à ces soins, donnent le sentiment d'un reste à charge élevé à la population. Cela pose un problème de démocratie sanitaire qui explique la volonté de mettre en place d'un reste à charge zéro (RAC 0).

Cependant, tel qu'il est prévu actuellement, le RAC 0 s'accompagnera d'une augmentation de la dépense par l'augmentation des volumes de prothèse, quelle que soit la clause de sauvegarde envisagée. En effet, nombre de Français renonçant à des soins dentaires pour raison financière, la demande se trouvera renforcée par la gratuité apparente des soins. Les dentistes seront également incités à réaliser plus de prothèses pour retrouver un équilibre financier, puisque les revalorisations des actes conservateurs envisagés à ce stade des négociations, ne permettront pas de rendre ces actes rentables.

De plus, 65% des dentistes ayant des tarifs supérieurs aux plafonds (données SNIIRAM 2016), un autre risque du RAC 0 est de voir le nombre de dentistes conventionnés diminuer de manière importante, entraînant une perte d'accès aux soins politiquement inacceptable.

Ainsi, la priorité de la politique de santé devrait être la diminution du recours aux soins prothétiques, qui ne sont que le signe d'un échec ou de l'absence de traitements précoces. C'est pour cela qu'une véritable politique de prévention doit être la ligne directrice d'une réforme du système de santé dentaire.

L'ensemble des mesures présentées dans ce rapport ont pour but d'améliorer la santé dentaire de la population et ainsi, la santé générale. Prises dans leur ensemble, elles permettront de développer la prévention et d'inciter les dentistes à réaliser des soins précoces afin d'avoir comme **objectif le « zéro carie – zéro prothèse », en passe d'être atteint au Danemark et en Allemagne.**

Le coût total de ces mesures s'élève à 1 614 M€, soit 2 € par mois et par habitant.

En Allemagne, ce type de mesures s'est traduit par une baisse de 41 % du nombre de caries soignées et de 25% du nombre d'extractions. En Suède, par une baisse de 7% du nombre de couronnes et d'implants posés entre 2009 et 2011.

Ainsi, cet investissement sera vite compensé par :

- les économies faites sur les soins dentaires évités,
- les économies faites sur les prothèses qui ne seront pas réalisées,
- les économies faites sur le coût des pathologies générales évitées,
- les arrêts de travail ou les absences évités,
- le bien-être des Français qui auront moins à souffrir de leurs dents.

La santé bucco-dentaire est donc un enjeu de santé publique, comme l'ont compris nos voisins européens il y a 20 à 30 ans. On ne peut donc que regretter l'absence d'un volet concernant la santé bucco-dentaire parmi les mesures qu'entend prendre le gouvernement en matière de prévention.

Annexe

Description du système de santé allemand

L'Allemagne a fait passer son indice CAO de 4,9 à 0,5 en 25 ans ce qui la place en deuxième position sur le podium international, juste derrière le Danemark. Elle doit ce résultat à une politique rigoureuse de prévention. La prophylaxie est prise très au sérieux par les chirurgiens-dentistes qui lui consacrent en général une salle spécialisée et lui réservent une ou deux assistantes dentaires spécialement formées à cette tâche.

L'Allemagne a mis en place une politique globale visant à limiter l'incidence des maladies dentaires (caries et maladies des gencives) qui s'articule sur plusieurs points :

- Une politique de prévention dense et incitative ciblant un large éventail de la population
- Un soutien de l'assurance maladie de base pour les soins conservateurs et prothétiques qui prévoit notamment qu'une visite annuelle d'un patient adulte chez le dentiste, pendant une période minimale de 5 ans, soit récompensée par une prise en charge plus importante des soins prothétiques ;
- Une valorisation des actes conservateurs et de prévention, y compris de parodontie, incitant les chirurgiens-dentistes à développer cette pratique ;
- Une revalorisation annuelle des tarifs des soins conservateurs afin de conserver un fort taux de recours à ces soins ;
- Une délégation des tâches de prévention et de dépistage à des assistants dentaires spécialisés en prévention, permettant ainsi de voir régulièrement toute la population et de laisser les chirurgiens-dentistes se concentrer sur les actes techniques.

1/ Caractéristiques du système de santé bucco-dentaire allemand

Les dépenses bucco-dentaires en Allemagne s'élevaient à 25,76 milliards d'euros en 2015⁶², représentant 0,85% du PIB⁶³ et 315 € par habitant et par an.

Tableau 4 : Dépenses en soins dentaires en Europe (tableau issu du § I.E.1)

Pays	dépense en soins dentaires / habitant et par an	part du PIB des soins dentaires	salaire annuel moyen
Allemagne	315 €	0,85%	38 735 €
France	161 €	0,50%	33 897 €
Grande-Bretagne	157 €	0,50%	34 817 €
Italie	249 €	0,82%	31 630 €
Suède	292 €	0,68%	36 222 €

Sources : part du PIB des soins dentaires Allemagne : DESTATIS, France : DREES, Grande-Bretagne, Italie, Suède : Oral Health European Platform – Salaire annuel et démographie : OCDE

⁶² DESTATIS

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/AusgabenGesundheitPDF_2120711.pdf?_blob=publicationFile

⁶³ DESTATIS : PIB Allemagne 2015 3043,65 milliards €

https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/VGR/Inlandsprodukt/Tabellen/BruttoinlandVierteljahresdaten_pdf.pdf?_blob=publicationFile

En Allemagne, le système de santé est constitué de deux régimes d'assurance de base : un obligatoire, nommé la Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), et un privé nommé la Private Krankenversicherung (PKV). Depuis le 1er janvier 2009, tous les habitants ont l'obligation d'être affiliés à l'un de ces deux régimes. Au total, près de 87 % des Allemands sont affiliés au régime public d'assurance maladie et 13 % à une assurance privée pour leur couverture de base. **L'assurance de base (publique et privée) couvre 70 % des dépenses de santé bucco-dentaire.** Cette couverture de base est complétée par un régime d'assurances complémentaires privé et facultatif, prenant en charge 6 % des dépenses. Environ 23 % de la population allemande a souscrit à ce type d'assurance. Le quart de la dépense restant est à la charge directe des ménages⁶⁴.

L'assurance de base obligatoire couvre intégralement les soins prophylactiques et conservateurs des enfants et adultes. En revanche, si les soins prothétiques pour les enfants sont couverts à 100 %, les soins prothétiques des adultes le sont à hauteur de 50 % du tarif de référence. Cependant, cette prise en charge peut s'élever à 60 % ou 65 % dans le cas où le patient consulte régulièrement le dentiste.

2/ Une politique de prévention dense et incitative ciblant un large éventail de la population

Depuis plusieurs années en Allemagne, des programmes de prévention ciblent particulièrement les enfants, les personnes âgées et handicapées et les personnes à très faibles revenus.

- **La prévention à l'échelle individuelle** est sur la base d'un programme permanent qui a été mis en place en 1991. Il s'adresse à deux catégories d'âge :

- **Les enfants de 0 à 72 mois ont droit à 9 consultations sur cette période⁶⁵**, incluant une analyse approfondie de l'état bucco-dentaire (risque et état CAO, malformations). Des conseils de régime alimentaire et d'hygiène bucco-dentaire sont également prodigués aux parents pour leurs enfants. La GKV a la responsabilité de financer ce programme, et a investi notamment 12,5 millions d'euros en 2005 ;

- **Les enfants de 6 à 18 ans ont droit à deux visites par an chez le dentiste.** Chaque visite inclut les actes prophylactiques suivants : un bilan de santé, une formation à l'hygiène bucco-dentaire, la fluoruration et l'obturation des sillons (sealants) si nécessaire. En 2005, la GKV a notamment investi plus de 374 millions d'euros dans ce programme.

- **La prévention à l'échelle collective** est aussi sur la base d'un programme permanent mis en place en 1989 destiné aux établissements scolaires recevant des enfants âgés de 3 à 12 ans. Selon les besoins estimés par la commune ou par la région, des dentistes y réalisent des consultations collectives 1 à 4 fois par an. Lors de ces visites, les dentistes dispensent des enseignements sur l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation, effectuent des dépistages de caries, et peuvent aussi réaliser des traitements au fluor si nécessaire. Ces dépistages facilitent l'identification des enfants « à risques » afin de les rediriger chez le dentiste pour une consultation plus approfondie. **En 2008, 14 000 dentistes ont participé à ce programme et ont suivi 6,8 millions d'enfants jusqu'à 12 ans, soit 80 % des enfants allemands.** Financé par le système d'assurance obligatoire GKV, le budget annuel alloué à ce programme est aujourd'hui d'environ 43 millions d'euros (contre 34,6 millions d'euros en 2005).

- **Les personnes âgées et handicapées bénéficient également de mesures de prévention depuis 2012⁶⁶**, s'ajoutant aux consultations biennuelles gratuites. Une prise en charge des frais de

⁶⁴ DREES 2018 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt136.pdf>

⁶⁵ KZBV 2014 https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/pk/140207/ECC_Konzept.pdf

⁶⁶ KZBV 2010 https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/AuB_Konzept.pdf

déplacement encourage les dentistes à effectuer des consultations sur les lieux de résidence des patients. En 2014, le périmètre a été élargi aux centres de soins et maisons de retraite.

- Enfin, **les personnes atteintes de maladies (agénésies dentaires multiple d'origine génétique, pathologies tumorales affectant directement ou indirectement les dents) ou victimes d'accidents graves peuvent bénéficier d'une aide financière spécifique** pour les soins bucco-dentaires. Les prothèses et implants sont ainsi pris en charge à hauteur de 100 % et 50 % respectivement, sous réserve de validation de l'éligibilité du patient à cette aide suivant le diagnostic d'un dentiste.
- **Les patients à très faibles revenus peuvent prétendre à une aide supérieure sur les prothèses pouvant aller jusqu'à une prise en charge à 100 % du tarif de référence.** Les implants ne sont en revanche pas pris en charge pour ces personnes.

3/ Une incitation à consulter régulièrement

Les Allemands sont fortement incités à se rendre régulièrement chez leur dentiste. En effet, ils bénéficient d'une visite de contrôle biannuelle prise en charge par la sécurité sociale. Plus de 70% de la population se rend au moins une fois par an chez son dentiste. Cette visite consignée dans un carnet de bonus, le «Bonus Heft», permet au bout de 5 ans continus, de bénéficier de 20% supplémentaires sur le forfait de prise en charge prothétique et 30 % au bout de 10 ans continus⁶⁷.

La forte adhésion à ce programme a plusieurs conséquences favorables :

- **Un fort taux de recours** : 71,3% des Allemands consultent au moins une fois par an le chirurgien-dentiste, les femmes un peu moins que les hommes (75,0 % vs. 67,5 %) ⁶⁸. Par ailleurs, on distingue un taux de recours en 2014 nettement supérieur pour les enfants et les personnes âgées par rapport aux adultes, à hauteur de 81,9 % pour les enfants de 12 ans et 89,6 % pour les plus de 65 ans contre 71 % pour les personnes âgées de 35 à 44 ans, proche de la moyenne nationale. **En France, le taux de recours n'est que de 43%.**
- **Une prise en charge précoce des pathologies dentaires**, avec pour corollaire une forte proportion de soins conservateurs par rapport aux soins prothétiques : les soins conservateurs et chirurgicaux représentent 75% des actes remboursés par le GKV.
- **Favoriser le recours aux soins les moins invasifs** : le programme de bonus est couplé au versement d'une subvention fixe, quel que soit le traitement envisagé pour restaurer ou remplacer la dent manquante.
 - *Ainsi, par exemple pour remplacer une seconde prémolaire maxillaire, le patient recevra une subvention fixe de 436,52 € et choisira avec son dentiste le type de solution thérapeutique qu'il souhaite : bridge partiellement métallique ou tout céramique, prothèse amovible. S'il choisit de remplacer la dent par un implant, qui présente l'avantage de ne pas délabrer les dents adjacentes, il recevra la même subvention. Enfin, cette subvention sera majorée à 582,32 € en cas de suivi régulier pendant 5 ans et à 567,47 € en cas de suivi régulier pendant 10 ans.*

⁶⁷ KZBV <http://www.kzbv.de/festzuschuesse-zum-zahnersatz.37.de.html>

⁶⁸ Institut Der Deutschen Zahnärzte, IDZ (2015), Klingenberg et al., EURO-Z-II, Comparison of dental fees in Europe.

4/ Une valorisation des actes conservateurs et de prévention, y compris de parodontie, incitant les chirurgiens-dentistes à développer cette pratique

Les tarifs allemands sont calculés de manière pragmatique. Un nombre de points est attribué à chaque acte. Il tient compte du temps passé, des frais généraux (auxiliaires, plateau technique, etc.) et des frais directs induits par l'acte, notamment les frais de personnel et matériels associés à la bonne réalisation de l'acte (auxiliaire supplémentaire, etc.)⁶⁹. En multipliant ce nombre par la valeur du point, on obtient le tarif de l'acte.

Les actes sont regroupés en famille : soins conservateurs et chirurgicaux, soins de prévention, soins de prothèse et soins orthodontiques. La valeur du point est différente selon la famille de soins concernée. Les actes de prévention sont ainsi favorisés par une valeur du point supérieure à celle des actes de prothèse par exemple.

Deux nomenclatures cohabitent, celle de la GKV (BEMA)⁷⁰, le système social public, et celle de la PKV (GOZ)⁷¹, le système privé. La nomenclature du système public est moins exhaustive que celle du système privé. Lorsqu'un acte n'y est pas codifié, il est coté selon la nomenclature privée. Il reste alors à la charge du patient.

La GKV rembourse sur la base du soin le moins coûteux pour toutes les pathologies dentaires. Par exemple, les composites sur les dents postérieures seront remboursés sur la base d'un amalgame. Le chirurgien-dentiste appliquera la nomenclature privée pour cet acte. Les honoraires seront variables et fonction d'un tarif de base pouvant être multiplié par un facteur 2 à 3,5, le patient payant la différence par rapport au tarif d'un amalgame.

Autre exemple, l'acte de détartrage ne comprend qu'une élimination rapide du tartre superficiel, ne sont pas compris les actes de prophylaxie (polissage, fluoruration..) ou l'élimination détaillée des dépôts durs et mous. Ces actes⁷² seront tarifés sur la base de la nomenclature privée et le patient aura en général 60 à 130 € à déboursier sans prise en charge de la GKV. Ceci explique le développement des assurances complémentaires ces dernières années en Allemagne.

Contrairement à la nomenclature des actes en France (CCAM) qui codifie un acte dans sa globalité, la nomenclature allemande sépare fréquemment les différentes étapes de chaque acte, en rendant ainsi la lecture plus complexe. Pour exemple, l'anesthésie est toujours facturée à part, un soin de dévitalisation de dent est décomposé en 6 à 9 actes : test de vitalité, pose de la digue, utilisation du localisateur d'apex, extirpation du nerf, préparation du canal, obturation canalair, le tout étant facturé par canal (1 à 4 par dent)...

⁶⁹ Micheelis W., Meyer V.P. (2002), Arbeitswissenschaftliche Beanspruchungsmuster zahnärztlicher Dienstleistungen (BAZ-II) – Materialien zur Beanspruchungsdauer und Beanspruchungshöhe ausgewählter Behandlungsanlässe, IDZ.

⁷⁰ KZBV 2016 <http://www.kzbv.de/kzbv-bema-20160701.download.e0e5527db954481385ff0508f95bfe51.pdf>

⁷¹ PKV 2014 <https://www.pkv.de/service/broschueren/rechtsquellen/gebuehrenordnung-fuer-zahnaerzte.pdb.pdf>

⁷² codifiés PZR

Tableau 12 : Tarifs des soins dentaires en France, Allemagne et Suède

Acte	France	Coût de revient en France (hors rémunération)	Allemagne (système social public)	Suède (système social public)
Rendez-vous, même téléphonique			9 €	
Consultation	23 €	36,07 €	18 €	85,54 euros (dont diagnostic de caries, 4 radios max., détartrage jusqu'à 5 min.)
1 radio rétro-alvéolaire	7,98 €	NC	12,00 €	5,28 €
1 radio panoramique	21,28 €	NC	36,00 €	53,86 €
Chirurgie (anesthésie comprise)				
Avulsion d'une incisive, canine, prémolaire	33,44 €	38,64 €	18 à 83€	104,02 €
Avulsion d'une molaire	33,44 €	48,26 €	23 à 88 €	104,02 €
Avulsion d'une dent incluse	83,60 €	59,08 €	115,00 €	315,7 euros 421,34 euros si complexe
Hygiène prophylaxie				
Détartrage 20' associé à une consultation de contrôle	28,92 €	36,07 €	34 à 71 € (jusqu'à 247€ si chronophage)	131,94 (160,25 si le détartrage est plus chronophage)
Prophylaxie individuelle				
Bilan de santé (IP1)			17,20 €	40,43 à 166,81 (selon durée)
Instruction santé + hygiène (IP2)			14,62 €	43,98 €
Fluoration (IP4)			10,32 €	32,35 €
Réparation des fissures (IP5)	21,69 €	NC	13,76 €	
Dépistage pour enfants jusqu'à 18 ans			21,25 €	
Soins conservateurs (anesthésie comprise) :				
Composite 1 face	19,28 €	45,47 €	56 à 108 €	60,15 à 76,83
Composite 2 faces	33,74 €	55,46 €	82 à 138 €	95,54 à 112,73
Composite 3 faces	40,97 €	62,94 à 63,97	90 à 140 €	113,74 à 150,64
Composite plus de 3 faces sur incisives et canines	43,00 €	68,08 €	163 à 222 €	113,74 €
Traitement endodontique				
groupe incisivo canin (anesthésie comprise)	33,74 €	72,92 €	97 à 185 €	336,15 € (tarif dentiste) 402,35 € (tarif spécialiste)
Prémolaire (1 à 2 canaux) (anesthésie comprise)	48,20 €	95,08 €	97 à 185 € si 1 canal 170 à 287 € si 2 canaux	336,15 à 404,89 € (tarif dentiste) 402,35 à 186,82 € (tarif spécialiste)
Molaire (3 à 4 canaux) (anesthésie comprise)	81,94 €	131,66 €	247 à 392 € si 3 canaux 320 à 584 € si 4 canaux	508,54 à 514,10 € (tarif dentiste) 612,67 à 667,27 € (tarif spécialiste)
Parodontie				
Bilan parodontal				80,26 € (tarif hygiéniste) 248 € (tarif spécialiste)
Traitement parodontal : Surfaçage radiculaire (28 dents) (anesthésie comprise) + traitement comportemental			640,00 €	190 € (tarif dentiste) 490 € (tarif spécialiste)

Sources : Tarifs France (CCAM), Tarifs allemands calculés sur la base de la nomenclature BEMA-Z 2016, pour une valeur arrondie de 1 point = 1 euro. (KZBV, 2016) et sur la nomenclature GOZ (PKV, 2014), Tarifs suédois issus de la nomenclature suédoise (REFERENSPRISER FÖR DET STATLIGA TANDVÅRDSSTÖDET TLVFS 2015:1), Coût de revient des soins en France : J.DEMOY, Quels sont les coûts réels des actes conservateurs et endodontiques ? Inf. Dent ; 3, vol. 99, 2017

Exemple : Facturation d'un composite 3 faces sur une molaire inférieure selon la GKV :

- Anesthésie tronculaire (BEMA 41a) : 12 points
- +/- Excision gencive (BEMA Exz 1) : 10 points
- +/- Coiffage pulpaire (BEMA Cp) : 6 points
- Pose de la digue ou d'une matrice (BEMA BMF) : 10 points
- Soit un total de 22 à 38 points en plus de l'acte de composite. En moyenne, 1 point = 1 euro.
- Le composite sur une molaire n'étant pas pris en charge par la sécurité sociale, on bascule sur la nomenclature privée.
- Composite 3 faces selon la GOZ (Z2100) : tarif libre entre 83 et 126 €, pris en charge sur la base d'un amalgame 3 faces (F3) : 49 points
- Coût total : 105 à 164 €, avec un reste à charge de 34 à 77 €
- Si le patient refuse le traitement par composite, le dentiste réalisera un amalgame ou un ciment verre-ionomère au tarif BEMA (71 à 87€) qui sera entièrement pris en charge.

Au final, les tarifs des soins allemands dans le système de santé public sont dans la moyenne haute des tarifs européens, soit globalement 3 à 4 fois supérieurs aux tarifs opposables français. Les tarifs du système privé sont plus libres et généralement 1,5 à 2 fois supérieurs à ceux du système public.

Il existe en Allemagne environ 200 caisses d'assurance-maladie concurrentes et régionales. La valeur des points est différente d'une caisse à l'autre, permettant ainsi de tenir compte de facteurs économiques régionaux ou de la morbidité. **La valeur de chaque point de la nomenclature BEMA est réévaluée annuellement en fonction de l'inflation et du coût de la vie.**

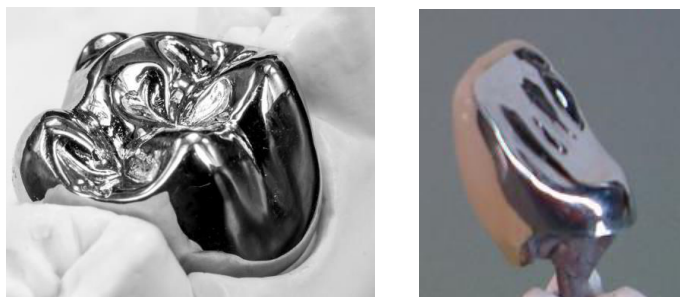
En ce qui concerne les soins de prothèse, la sécurité sociale édicte un traitement standard pour lequel les honoraires du dentiste sont fixes. Pour obtenir le tarif de la prothèse, il faut ajouter à ces honoraires la facture du prothésiste et les frais de fournitures liés à la réalisation de la prothèse (matériau d'empreinte...). Le traitement standard proposé par la sécurité sociale correspond au traitement de base pour soigner une dent.

L'objectif de ce panier de soins de base est de restaurer le bon fonctionnement de la mastication ou d'empêcher la détérioration de la dent. L'esthétique ne fait donc pas partie des objectifs. Par exemple, lorsqu'une dent est délabrée et doit être couronnée, la sécurité sociale allemande remboursera sur la base d'une couronne métal pour les dents postérieures, et pour les dents antérieures, sur la base d'une couronne métallique dont la face visible est en résine ou en céramique.

Le dentiste conserve la liberté de proposer des traitements plus esthétiques (couronne céramo-métallique ou entièrement céramique). **Dans ce cas, les honoraires du dentiste sont calculés sur la base de la nomenclature privée et le patient est remboursé sur la base du traitement standard. Ainsi, dans les faits, les tarifs de prothèse sont globalement plafonnés à des niveaux équivalents à ceux pratiqués en France. Pour exemple, une couronne céramo-métallique sera facturée entre 500 et 650 €.**

Ce système permet au chirurgien-dentiste de proposer les soins qui lui semblent les plus adaptés à chaque situation. Pour remplacer une dent extraite, il pourra proposer la mise en place d'un implant et le patient sera remboursé sur la base d'un bridge métallique. **Cela permet une prise en charge partielle des implants**, qui ont l'avantage de ne pas délabrer les dents adjacentes.

Photo 1 : Prothèses à honoraires fixes pris en charge par la sécurité sociale allemande : couronne métal sur les molaires et couronne métallique dont la face visible est en résine ou en céramique



Les tarifs de base de la nomenclature privée sont équivalents à ceux de la GKV, mais le chirurgien-dentiste a le droit de multiplier ces tarifs par 2,3 à 3,5. Les dépassements au-delà de cette limite sont possibles, notamment en cas de difficultés techniques, mais doivent être justifiés.

De nombreux actes apparaissent dans la nomenclature allemande et sont absents de la nomenclature française comme des actes de prévention (enseignement de l'hygiène orale, fluoruration...), de diagnostic (test de vitalité) ou bien encore le traitement des sensibilités dentaires.

Le système allemand prévoit également une prise en charge de la parodontie pour tous les patients atteints de parodontite modérée à sévère. Cette prise en charge permet à tous d'accéder à ce type de traitements essentiels pour éviter la perte de dents après 50 ans.

Au final, la valorisation satisfaisante des actes conservateurs et de prévention incite les chirurgiens-dentistes allemands à pratiquer de manière privilégiée ces actes et à voir régulièrement leurs patients. Ainsi ces professionnels rappellent automatiquement leurs patients tous les 6 mois pour les inviter à bénéficier de la consultation semestrielle prise en charge à 100 % par le système de santé allemand et leur permettant également de bénéficier du bonus de remboursement des futurs soins prothétiques. Cette action explique en grande partie le taux de recours élevé. On estime à 1,4 le nombre de consultations en moyenne par an et par habitant en Allemagne.

5/ Une délégation des tâches de prévention à des assistants spécialisés

Les cabinets dentaires allemands fonctionnent avec un fort soutien des auxiliaires dentaires. Ils dépassent les 3 auxiliaires par dentiste en moyenne, en équivalent temps plein. Au total en Allemagne, on dénombre 182 600 auxiliaires (incluant assistants spécialisés ou non, et hygiénistes), et 58 000 techniciens dentaires (prothésistes dentaires)⁷³. Si on exclut les prothésistes dentaires (spécificité propre au système allemand⁷⁴), **un cabinet dentaire allemand fonctionne en moyenne avec 2,6 assistants dentaires. En comparaison, on compte en moyenne 0,5 assistant en France par dentiste.**

Tableau 13 : Nombre d'assistants dentaires ou hygiénistes par dentiste en Europe

Pays	Nb assistant dentaire ou hygiéniste par dentiste
France	0,5
Allemagne	2,6
Autriche	2,3
Espagne	1,4
Italie	2,1
Pays-Bas	2,2
Royaume-Uni	1,5
Suède	1,8

Source : CED 2015

La chambre fédérale des dentistes⁷⁵ propose des formations supplémentaires pour les assistants, leur permettant d'acquérir une spécialité parmi les quatre suivantes :

- Assistance opératoire (Zahnmedizinische Fachassistentin) ;
- Administration (Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin) ;
- Prophylaxie (Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin) ;
- Hygiéniste (Dentalhygieniker).

En matière de prévention, on distingue les assistants dentaires spécialisés en prophylaxie et les hygiénistes. Les premiers ont en charge la prévention, le dépistage des caries, et le détartrage au-dessus des gencives. La seconde spécialisation demande une formation complémentaire et permet d'étendre les capacités au traitement non chirurgical des parodontites.

Grâce à ces formations supplémentaires, les dentistes ont la possibilité de déléguer plus de tâches à leurs assistants, comme par exemple la prise de clichés radiographiques, l'éducation du patient, le détartrage des dents ou le traitement des gencives. L'ensemble de ces actes reste sous la prescription, le contrôle et la responsabilité du dentiste. L'Allemagne comptait déjà plus de 15 000 assistants spécialisés en 2014⁷⁶.

⁷³ CED 2015 <https://www.ond.pt/europa/cedmanual/2015/ced-manual-2015-completo.pdf>

⁷⁴ Les cabinets allemands ont la particularité de salarier au sein de leur structure les prothésistes dentaires, car la tarification des prothèses les y incite. Pour les traitements prothétiques de base, la sécurité sociale impose des tarifs pour les frais de prothèse et pour les honoraires du dentiste. Mais la marge faite sur ces actes est supérieure pour le prothésiste que pour les dentistes.

⁷⁵ BZAEK 2009 <https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/grafiken/Delegationsrahmen.pdf>

⁷⁶ Ziller 2015 <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2015.95>

Au-delà des auxiliaires techniques, des fonctions support (comptables, directeur et assistant administratif) complètent l'organisation en ressources humaines d'un cabinet dentaire. Ces ressources ont pour principales fonctions de gérer la procédure obligatoire de déclaration des actes effectués induisant une lourdeur administrative (complexité, délais de versement, etc.).

En effet, l'Allemagne pratique le tiers payant généralisé et à la fin de chaque trimestre, l'ensemble des actes conventionnés effectués au sein du cabinet pendant ces trois mois sont répertoriés sous forme d'une liste anonymisée. Pour chaque acte sont précisés le tarif et l'assurance du patient. Ces documents sont envoyés à la KZV de la région du dentiste. La KZV vérifie alors la conformité de la déclaration en comparant les déclarations des différents dentistes de la région (proportions de patients et quantités totales d'actes). Ceci permet de s'assurer que l'ensemble est cohérent avec les données recueillies via tous les dentistes de la région. Lorsque les déclarations sont conformes, la KZV transfère alors les factures aux assurances visées, qui vérifient à leur tour la conformité de la déclaration et émettent les versements à la KZV en vue de rémunérer les dentistes. Ce processus de vérifications nécessite un trimestre après la déclaration des dentistes.

Ainsi, ces contraintes administratives ont pour conséquences un paiement des actes 4 à 6 mois après leur réalisation et l'emploi d'une assistante dédiée à la facturation et au suivi des paiements. Il en résulte un besoin en trésorerie élevé comparé au système français et un surcoût administratif qui impacte le coût de réalisation des actes dentaires et explique en partie le coût élevé des dépenses en soins dentaires en Allemagne.

6/ Changer de paradigme : passer du curatif à la prévention

L'Allemagne a fait un pari osé à la fin des années 80 : miser sur la prévention, malgré l'absence de preuves fortes dans la littérature scientifique à cette époque. Aujourd'hui les études d'impact réalisées régulièrement outre-Rhin montrent que les patients suivis régulièrement ont des bouches plus saines que les patients qui ne participent pas aux suivis⁷⁷.

Les chirurgiens-dentistes ont changé de paradigme. Ils sont passés du soin curatif à la dentisterie préventive. Et les résultats sont là : baisse spectaculaire des indices CAO et du nombre de patients édentés. Depuis 1991, le nombre d'extractions a diminué de 25% et le nombre d'obturations (soins de caries) de 41 %⁷⁸.

Les Allemands ont ainsi démontré que la prévention était la voie qui permettait d'améliorer la santé dentaire des patients, et donc la santé générale, tout en permettant à terme de faire des économies.

⁷⁷ https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/dms/Zusammenfassung_DMS_V.pdf

⁷⁸ http://www.i-g-z.de/index.htm_files/IGZ_2016-02.pdf

Références

Toutes les références disponibles en ligne sont accessibles en cliquant sur le lien correspondant.

ASD, Agir pour la Santé Dentaire, disponible ici : <http://agirsd.fr/>

Baiju (2017), Oral Health and Quality of Life: Current Concepts, J Clin Diagn Res, 11(6)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5535498/>

Blaizot (2009), Periodontal diseases and cardiovascular events: meta-analysis of observational studies, Int Dent J., 59(4) (août 2009) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19774803>

Bourgeois (2007), Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003, J Periodontal Res, 42(3):219-27 (juin 2007) <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0765.2006.00936.x/abstract;jsessionid=A8484FF99C01B41B466CC79EF8456F5E.f03t04>

BZAEK (2009), Delegationsrahmen der Bundeszahnärztekammer für Zahnmedizinische Fachangestellte <https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/grafiken/Delegationsrahmen.pdf>

BZAEK (2016) Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) – Kurzfassung
https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/dms/Zusammenfassung_DMS_V.pdf

CED (2015), Kravitz, Manual of dental Practice 2015, Edition 5.1
<https://www.ondp.pt/europa/cedmanual/2015/ced-manual-2015-completo.pdf>

Chen (2011), The association of tooth scaling and decreased cardiovascular disease: a nationwide population-based study, Am J Med, 125(6):568-75. [http://www.amimed.com/article/S0002-9343\(12\)00089-7/fulltext](http://www.amimed.com/article/S0002-9343(12)00089-7/fulltext)

CNAM (2012), M'T dents : une progression constante de la participation au programme de prévention bucco-dentaire de l'Assurance Maladie (29 mai 2013)
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/29052013_DP_MT_dents_VDEF.pdf

Destatis (2017), Gesundheit, Ausgaben 2015, Fachserie 12 Reihe 7.1.1
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/AusgabenGesundheitPDF_2120711.pdf?_blob=publicationFile

Destatis (2017), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Bruttoinlandsprodukt ab 1970, Vierteljahres- und Jahresergebnisse
https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/VGR/Inlandsprodukt/Tabellen/BruttoinlandVierteljahresdaten.pdf.pdf?_blob=publicationFile

DREES (2013), Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge, N° 847 (juillet 2013) <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er847.pdf>

DREES (2016), Les dépenses de santé en 2015, Résultats des comptes de la santé, édition 2016
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2016.pdf>

DREES (2017), L'état de santé de la population en France, rapport 2017 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>

DREES (2017), Les dépenses de santé en 2016, Résultats des comptes de la santé, ÉDITION 2017
http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2017.pdf

DREES (2018), L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas - n° 136 - février 2018 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt136.pdf>

Eurobaromètre (2010) La santé dentaire, Eurobaromètre Spécial 330 (Février 2010)
http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_330_fr.pdf

Försäkringskassan (2012), Det statliga tandvårdsstödet, en lägesrapport 2012

https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/ed272266-6432-4ab2-a433-2135428ab724/socialforsakringsrapport_2012_7.pdf?MOD=AJPERES

HAS (2005) Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/risque_carieux_synthese_recos.pdf

HAS (2006) Pose d'une prothèse amovible définitive complète, Classement CCAM : 07.02.03.03

(avril 2006) [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_prothese_amovible_definitive_complete_2007_06_13_15_06_32_684.pdf)

[sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_prothese_amovible_definitive_complete_2007_06_13_15_06_32_684.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_prothese_amovible_definitive_complete_2007_06_13_15_06_32_684.pdf)

HAS (2008) Traitement endodontique, Rapport d'évaluation technologique [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/rapport_traitement_endodontique.pdf)

[sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/rapport_traitement_endodontique.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/rapport_traitement_endodontique.pdf)

Heikkilä (2018), Periodontitis and cancer mortality: Register-based cohort study of 68,273 adults in 10-year follow-up, Int J Cancer (Janvier 2018) <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.31254/full>

Hoeksema (2018), Health and quality of life differ between community living older people with and without remaining teeth who recently received formal home care: a cross sectional study, Clin Oral Investig, 2018 Feb 15. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00784-018-2360-y>

IFOP (2017), Enquête auprès des dentistes libéraux, Sondage Ifop pour ASD – URPS Grand Est

(Novembre 2017) http://agirsd.fr/wp-content/uploads/2018/01/resultat_sondage_chir_dent_ifop.pdf

IFOP (2018) Les Français et le système de santé, Sondage Ifop pour ASD – URPS Grand Est

(Février 2018) <http://agirsd.fr/wp-content/uploads/2018/03/sondage.pdf>

INSEE (2016), PIB, Comptes nationaux annuels-Révisions des principaux agrégats-année 2016

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2850642>

J.DEMOY (2017), Quels sont les coûts réels des actes conservateurs et endodontiques?, Inf.

Dent ; 3, vol. 99, 2017

Klingenberger (2015), EURO-Z-II, Comparison of dental fees in Europe. Institut Der Deutschen Zahnärzte, IDZ

KZBV (2010), Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter, Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/AuB_Konzept.pdf

KZBV (2014), Frühkindliche Karies vermeiden, Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/pk/140207/ECC_Konzept.pdf

KZBV (2016), Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2

und 2h SGB V - BEMA <http://www.kzbv.de/kzbv-bema-20160701.download.e0e5527db954481385ff0508f95bfe51.pdf>

KZBV (2017), Festzuschüsse zum Zahnersatz <http://www.kzbv.de/festzuschuesse-zum-zahnersatz.37.de.html>

Les Echos, Ducruet (2017), Cancer : les Français n'ont aucune idée du coût des traitements (07

septembre 2017) https://www.lesechos.fr/07/09/2017/lesechos.fr/030533528722_cancer---les-francais-n-ont-aucune-idee-du-cout-des-traitements.htm#formulaire_enrichi::bouton_google_inscription_article

Les Echos, Godeluck (2016), Assurance-maladie : le coût du diabète risque de s'envoler (24 août 2016) https://www.lesechos.fr/24/08/2016/LesEchos/22261-018-ECH_assurance-maladie---le-cout-du-diabete-risque-de-s-envoler.htm#

Micheelis (2002), Arbeitswissenschaftliche Beanspruchungsmuster zahnärztlicher Dienstleistungen (BAZ-II) – Materialien zur Beanspruchungsdauer und Beanspruchungshöhe ausgewählter Behandlungsanlässe, IDZ.

Ministère des Solidarités et de la Santé (2018), le service sanitaire, *publié sur le site internet le 20.2.2018, mis à jour le 28.2.2018* <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/le-service-sanitaire>

Murthy (2016), Oral Health in America, 2000 to Present: Progress made, but Challenges Remain, Public Health Rep, 131(2):224-5 (mars-avril 2016) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4765966/>

Nieminen (2018), Treponema denticola chymotrypsin-like proteinase may contribute to orodigestive carcinogenesis through immunomodulation, *Br J Cancer*, 118(3) (février 2018) <https://www.nature.com/articles/bjc2017409>

Nwizu (2017), Periodontal Disease and Incident Cancer Risk among Postmenopausal Women: Results from the Women's Health Initiative Observational Cohort, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 1255-1265, (août 2017) <http://cebp.aacrjournals.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=28765338>

Oesterreich (2016), édition 2016, Von der Kuration zur Prävention: Die Bedeutung der Professionellen Zahnreinigung (PZR) - IGZ 2016 (2) http://www.i-g-z.de/index.htm_files/IGZ_2016-02.pdf

OMS (2012), Centre des médias, Santé bucco-dentaire, Aide-mémoire N°318 (avril 2012) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>

OMS, Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, Une stratégie mondiale: but et objectifs <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/fr/>

Oral Health European Platform, Patel (2012), The State of Oral Health in Europe, Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe (septembre 2012) <http://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2015/09/Report-the-State-of-Oral-Health-in-Europe.pdf>

PKV (2014), Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), mit Gebührenverzeichnis und Liquidationsvordruck für zahnärztliche Leistungen <https://www.pkv.de/service/broschueren/rechtsquellen/gebuehrenordnung-fuer-zahnaerzte.pdb.pdf>

Rapport de la Cour des Comptes 2010 (2010), Les soins dentaires, Chapitre XIII http://snohp.fr/images/pdf/Rapport_cours_des_comptes_soins_dentaires.pdf

Rapport de la Cour des Comptes 2016 (2016), Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder, Chapitre VI <https://www.dynamiquedentaire.com/dd-content/uploads/2016/09/Cour-des-comptes-rapport-securite-sociale-2016-soins-bucco-dentaires.pdf>

Righolt (2018), Global-, Regional-, and Country-Level Economic Impacts of Dental Diseases in 2015, *J Dent Res*, 2018 Jan http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022034517750572?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed

Roland (2016), Epidémiologie de la carie chez les enfants de 6,9 et 12 ans des Centres d'examen de santé, *Inf Dent*. 2006, 88 (33). 2011-2016p

Southerland (2006) Commonality in chronic inflammatory diseases: periodontitis, diabetes, and coronary artery disease, *Periodontol* 2000. 2006;40

Teeuw (2010), Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis, *Diabetes Care*, 33(2):421-7 <http://care.diabetesjournals.org/content/33/2/421.long>

Tirlet (2009), Le Gradient thérapeutique Spécial esthétique un concept médical pour les traitements esthétiques, L'INFORMATION DENTAIRE n° 41/42
http://leolafargues.com/docs/pdf/articles/article_id_16.pdf

Traver (2014), Etat bucco-dentaire des jeunes participants au dispositif de l'examen bucco-dentaire (EBD), Santé Publique, 26. 481-490p

Tupin (2016), Prevalence and economic burden of cardiovascular diseases in France in 2013 according to the national health insurance scheme database. Arch Cardiovasc Dis. 2016 Jun-Jul;109(6-7) <http://www.em-consulte.com/article/1062107/article/prevalence-and-economic-burden-of-cardiovascular-d>

Trésor Eco (2008), Mode de rémunération des médecins n°42 (septembre 2008)
<https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/File/326885>

Vaillant (2018), Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé (Janvier 2018)
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_service_sanitaire_pr_vaillant.pdf

Veiga (2015), The Importance of Epidemiology in Dental Medicine, Journal of Dental and oral Health, Vol. 1 (4) <https://scionline.org/open-access/the-importance-of-epidemiology-in-dental-medicine.pdf>

Ziller (2015), The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 1: Germany, Br Dent J (février 2015) <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2015.95>