



**PROPOSITIONS DE L'UFSBD,  
CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS,  
DANS LE CADRE DE LA NEGOCIATION CONVENTIONNELLE  
ASSURANCE MALADIE – CHIRURGIENS-DENTISTES**

Juin 2016

## SOMMAIRE

<b>Propositions de l'UFSBD pour un plan de prévention bucco-dentaire</b>	Page 2
<b>Pourquoi des propositions de l'UFSBD ?</b>	Page 4
<b><i>Proposition n°1</i> =&gt; Réalisation d'une enquête épidémiologique sur la santé dentaire des enfants de 6 ans et 12 ans.</b>	Page 5
<b><i>Proposition n°2</i> =&gt; Réalisation d'une enquête épidémiologique sur la santé parodontale des français</b>	Page 6
<b><i>Proposition n°3</i> =&gt; Instauration d'un examen de prévention exigible chez le chirurgien-dentiste pour l'enfant de 3 ans</b>	Page 7
<b><i>Proposition n°4</i> =&gt; Instauration d'un Bilan Buccodentaire « dépendance » avant l'entrée en foyer médico-social et en EHPAD.</b>	Page 8
<b><i>Proposition n°5</i> =&gt; Instauration de l'examen annuel de prévention bucco-dentaire comprenant l'établissement d'un bilan et la motivation du patient quant aux soins préventifs et curatifs nécessaires</b>	Page 9
<b><i>Proposition n°6</i> =&gt; Prévention du risque carieux : Elargissement de la prise en charge des scellements de sillons aux autres dents cuspidées définitives (prémolaires).</b>	Page 10
<b><i>Proposition n°7</i> =&gt; Prévention du risque carieux : Prise en charge de la réalisation de vernis fluorés pour certaines indications</b>	Page 11
<b><i>Proposition n°8</i> =&gt; Prévention, évaluation et traitement du risque parodontal : renomination et revalorisation de l'acte de détartrage, prise en charge du bilan parodontal et prise en charge de la maintenance parodontale.</b>	Pages 12-13
<b><i>Proposition n°9</i> =&gt; Création de séances d'éducation thérapeutique avec évaluation des risques carieux et parodontaux sur des populations cibles</b>	Page 14
<b><i>Proposition n°10</i> =&gt; Prise en charge des patients présentant un handicap ou souffrant de dépendance. Création de modificateurs spécifiques pour la « dépendance » et le « Handicap » dans la CCAM</b>	Page 15
<b><i>Proposition n°11</i> =&gt; Prise en charge du MEOPA dans les cabinets dentaires</b>	Page 16

## Propositions pour un plan de prévention bucco-dentaire

La santé bucco-dentaire constitue un élément important de la santé générale. La majorité des affections bucco-dentaires naît des styles de vie et la diminution de ces pathologies dépend étroitement de changements de comportements. Il importe donc d'influer sur ceux-ci à tous les âges de la vie et de promouvoir les habitudes qui permettront au plus grand nombre de garder une bonne qualité de vie tout au long de leur avancée en âge.

Il existe au cours de la vie des périodes essentielles déterminantes pour la conservation d'une bonne santé bucco-dentaire :

- la période prénatale et la jeune enfance jusqu'à 4 ans, fondamentales dans l'adoption de bonnes habitudes d'hygiène et de nutrition
- la période de maturation post éruptive de la première molaire, entre 6 ans et 8 ans, déterminante pour l'avenir de cette dent
- la période de maturation post éruptive de la deuxième molaire, entre 12 ans et 14 ans, durant laquelle il convient également d'accompagner ce processus pour les mêmes raisons
- et évidemment, tout au long de la vie et particulièrement à 35 ans, en prévention des maladies parodontales
- la période de passage à la retraite, époque de transition propice aux détériorations en matière d'hygiène et de santé dentaire, est une étape importante.

Des mesures de santé publique ont été introduites dans le domaine dentaire :

- La mise en place de l'Examen Bucco-Dentaire dit EBD pour les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans dans le cadre du programme MT'Dents. Cet examen bucco-dentaire de prévention au cabinet dentaire, obligatoire à 6 et 12 ans, ne donne lieu à aucune contribution financière de la part des familles et est inscrit dans le carnet de santé dentaire de l'enfant. Les soins consécutifs (à l'exception des soins prothétiques ou orthodontiques) réalisés dans les 6 mois sont dispensés d'avance de frais avec exonération du ticket modérateur.
- L'EBD de la femme enceinte qui permet à toutes les femmes enceintes de bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire au 4ème mois de grossesse. Un examen pour vérifier la santé bucco-dentaire de la femme enceinte et lui apporter des conseils sur sa santé orale et celle de son futur enfant.
- L'introduction assez récente dans la nomenclature des actes professionnels des scellements des puits et fissures *utilisés dans les pays anglo-saxons depuis plus de 30 ans*, dont l'efficacité est basée sur les preuves dans les revues de la littérature, est une progression indéniable dans l'arsenal des actes préventifs, bien que réservés aux molaires permanentes entre 6 et 14 ans.

## La nouvelle loi de santé, une aubaine pour la prévention bucco-dentaire ?

« Notre système de santé est performant mais inéquitable ; c'est pourquoi il était indispensable de le moderniser. La loi de santé s'articule aujourd'hui autour de trois axes : **le renforcement de la prévention**, la réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste, le développement des droits des patients. »

Parce qu'on ne vit pas aujourd'hui comme il y a des décennies, il est important de réfléchir à notre système de santé pour faire face aux nouveaux enjeux. Le dernier rapport 2015 de la DRESS sur l'état de santé de la population en France montre que les Français sont globalement en bonne santé, tout en étant confrontés à trois défis majeurs pour leur santé :

- **l'allongement de la durée de la vie** : les Français vivent plus vieux, avec une espérance de vie de 85,4 ans pour les femmes (+1,6 année en 10 ans) et de 79,2 ans pour les hommes en 2014 (+ 2,5 années en 10 ans), parmi les plus élevées d'Europe, qui appelle une prise en charge adaptée ;
- la **progression des maladies chroniques** : s'ils vivent de plus en plus longtemps, les Français souffrent davantage de maladies chroniques, conséquences directes du vieillissement de la population : entre 2010 et 2012, le cap des 3 millions de Français atteints de diabète a ainsi été franchi ;
- la persistance des **inégalités de santé** : les inégalités sociales influent encore largement sur l'état de santé de la population. Les enfants d'ouvriers ont 10 fois plus de chances d'être obèses que les enfants de cadres, les cadres vivent 10 années de plus que les ouvriers sans limitations fonctionnelles... Entre 2002 et 2012, ce qui restait à la charge des patients n'a cessé d'augmenter, et les déserts médicaux se sont installés.

## **Pourquoi des propositions de l'UFSBD ?**

La nouvelle loi de santé offre un cadre pour « reprendre » notre système de santé et l'adapter, aussi bien structurellement que culturellement, aux défis auxquels notre société doit répondre. Ceux-ci ont trait au vieillissement, aux maladies chroniques, aux interrelations entre pathologies, au creusement des inégalités sociales devant la santé, ainsi qu'à la maîtrise des dépenses de santé.

Ce constat a guidé l'élaboration par l'UFSBD de propositions de nouvelles mesures de prévention bucco-dentaire, dans le cadre de la négociation conventionnelle entre l'Assurance Maladie et les chirurgiens-dentistes. Ces propositions phares, pour une bonne santé dentaire, viennent en appui des mesures existantes et sont liées à des risques spécifiques en fonction de l'âge ou au regard de publics cibles.

Ces propositions, pour un plan de santé bucco-dentaire, doivent aussi permettre d'inscrire la thématique bucco-dentaire dans les grands plans nationaux (Programme National Nutrition Santé, lutte contre le tabac, plan cancer, etc.) où elle a une place évidente dans un contexte de promotion de la santé globale par l'approche de facteurs de risques communs.

C'est pourquoi l'UFSBD est persuadée que, pour répondre à ces nouveaux défis, la prévention doit être le socle de notre système de santé avec le chirurgien-dentiste, professionnel de santé de premier recours.

## **Propositions de l'UFSBD**

### **Proposition n°1**

#### **Réalisation d'une enquête épidémiologique sur la santé dentaire des enfants de 6 ans et 12 ans.**

L'UFSBD a en charge, dans son mandat de Centre Collaborateur OMS pour le Développement de Nouveaux Concepts d'Éducation et de Pratiques Bucco-Dentaires, le développement de protocoles d'évaluation des actions de santé publique bucco-dentaire sur l'impact des mesures entreprises sur l'amélioration de la santé des populations.

Elle a réalisé en 1987, 1990 et 1993 trois enquêtes épidémiologiques sur des échantillons représentatifs d'enfants français de 6, 9 et 12 ans à la demande du Ministère de la Santé, suite à l'introduction du sel fluoré.

En 1998, l'UFSBD a renouvelé le recueil de données sur les enfants de 12 ans, en y adjoignant une étude sur la prévalence de la fluorose en France.

En 2006, elle a mené, à la demande du Ministère de la Santé, la dernière enquête épidémiologique sur les enfants de 6 ans et 12 ans

En dehors de l'aspect de veille sanitaire, ces enquêtes ont permis de mettre en exergue les inégalités sociales de santé en matière bucco-dentaire (30% de la population cumule 80% des problèmes) et d'adapter le programme de santé publique bucco-dentaire de l'UFSBD sur les populations à risque ainsi repérées.

La loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la Santé Publique prévoit parmi les 100 priorités annexées à celui-ci la réduction de 30% des indices CAO aux âges de 6 et 12 ans sur 5 ans.

(indice CAO = moyenne résultant du nombre de dents cariées, absentes pour cause de caries ou obturées)

Or, cela fait maintenant plus de 10 ans que nous n'avons plus de données sur la santé bucco-dentaire de la population, alors même que la prévalence de l'obésité chez les plus jeunes et du surpoids augmente avec des facteurs de risques identiques (pour certains comme le grignotage...) à ceux de la carie dentaire.

Il est impératif de réaliser en France, à intervalles réguliers, des études épidémiologiques fiables et représentatives de l'état bucco-dentaire des enfants scolarisés à 6 et 12 ans. Ces études doivent permettre de mesurer la santé, la pathologie, le recours aux soins et les besoins en soins des enfants, ainsi que l'évolution de l'état dentaire de la population.

L'objectif quantifiable est de mesurer l'indice CAO moyen à l'âge de 6 ans et de 12 ans. Les mesures régulières de l'indice CAO à l'âge de 6 ans et 12 ans permettront d'une part de se situer par rapport à l'objectif de réduction de l'indice CAO (diminution de 30% sur 5 ans) et d'autre part de connaître l'évolution de la santé buccodentaire des enfants.

**Proposition n°2**

**Réalisation d'une enquête épidémiologique sur la santé parodontale (des tissus de soutien de la dent – os, gencive) des français**

Les données épidémiologiques en France montrent que la moitié de la population, à partir de 35 ans, présente un problème parodontal (gingivite), avec des formes sévères dans 10% des cas (parodontite)

Une enquête nationale, datant de 1993, montrait que 16% des plus de 65 ans présentaient une édentation totale.

Des données plus récentes basées sur du déclaratif montrent que seuls 34% des Français déclarent posséder toutes leurs dents d'origine.

La dernière enquête menée en 2003 sur l'état de santé parodontale des personnes âgées de 35 à 65 ans montre qu'une part importante de la population nécessite des soins gingivaux. Ainsi en ce qui concerne l'état de santé gingivale, environ un Français sur deux (51,7%) présente une inflammation modérée, 17,4% de français ont des gencives qui saignent et 5% sont atteints de parodontite sévère. Il est important de souligner que 87,2% des adultes présentent de la plaque dentaire.

Ceci, alors que les maladies parodontales sont associées à un risque augmenté de maladies cardio-vasculaires, de maladies broncho-pulmonaires, d'accouchements prématurés, de pré-éclampsie, de déséquilibre du diabète, d'activité de la polyarthrite rhumatoïde.

Il est urgent de mettre en place une enquête permettant d'évaluer l'état de santé bucco-dentaire des adultes en 2016 afin de définir au mieux des actions de prévention adaptées aux priorités épidémiologiques. Cette étude pourrait fournir aussi des indicateurs de base, dans une perspective d'évaluation des programmes de prévention à venir. Elle serait ciblée sur les 35-55 ans et devrait concerner à la fois les indicateurs des pathologies carieuses et parodontales (CAO, indicateurs de saignement gingival, présence de tartre, degré de récession gingivale, profondeur des poches parodontales et indices d'hygiène).

**Proposition n°3**

**Instauration d'un examen de prévention exigible chez le chirurgien-dentiste pour l'enfant de 3 ans**

La Haute Autorité de Santé recommande la création d'une séance de prévention bucco-dentaire à l'âge de 3 ans. Elle doit être l'occasion d'évaluer le risque carieux de l'enfant, de réaliser un bilan des apports fluorés et d'interroger la famille proche (parents, frères et sœurs) sur son état de santé général et bucco-dentaire.

La mise en place de l'Examen Bucco-Dentaire dit EBD pour les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans du programme M'TDENTS ont certes prouvé leur efficacité mais laisse subsister d'importantes inégalités de santé. En effet, pour les enfants présentant un risque carieux élevé, les premières caries apparaissent précocement en denture temporaire. Or, les dernières enquêtes de l'UFSBD (ZEP en Ile de France et Rhône Alpes) montrent que les enfants qui présentent des caries précoces des dents lactéales ont 3 fois plus de chance d'avoir des caries en denture définitive. C'est pour cette raison, qu'il est nécessaire d'intervenir bien avant 6 ans. Ce dispositif doit être élargi aux enfants de 3 ans.

Cette visite exigible aurait 4 objectifs majeurs :

- faire passer des messages clés de prévention en matière d'hygiène bucco-dentaire et d'hygiène alimentaire au parent accompagnant,
- familiariser le jeune enfant avec le cabinet dentaire et dédramatiser la visite,
- déterminer le risque carieux de l'enfant et mettre en place un protocole de suivi.
- dépister les pathologies carieuses déjà présentes et mettre en place une stratégie de prise en charge le plus précocement possible



**Proposition n°4**

**Instauration d'un Bilan Buccodentaire « dépendance » avant l'entrée en foyer médico-social et en EHPAD.**

L'entrée en foyer médico-social ou en EHPAD, intervient très souvent après une période plus ou moins longue de maintien au domicile, période peu propice à la consultation chez le chirurgien-dentiste. L'état bucco-dentaire des patients à l'entrée en établissement est souvent dégradé. Nous proposons un bilan obligatoire au cabinet dentaire pour TOUS les patients qui doivent intégrer de telles structures.

Ce Bilan exigible et nécessaire aurait 4 objectifs majeurs :

- faire passer des messages clés de prévention en matière d'hygiène bucco-dentaire et d'hygiène alimentaire au « parent accompagnant » ou aux « proches »,
- déterminer les urgences buccales (infectieuse notamment)
- dépister les pathologies carieuses et gingivales déjà présentes, et mettre en place une stratégie de prise en charge le plus précocement possible
- Faire un bilan des besoins prothétiques et de réhabilitation esthétique et fonctionnelle.

**Proposition n°5**

**Instauration de l'examen annuel de prévention bucco-dentaire comprenant l'établissement d'un bilan et la motivation du patient quant aux soins préventifs et curatifs nécessaires**

Il serait particulièrement intéressant de distinguer, en terme épidémiologique, mais aussi en terme de communication et d'éducation à la santé, la **consultation dentaire** (induite par un motif précis avec ou sans caractère d'urgence) de **l'examen annuel de prévention** ou examen de suivi de sa santé bucco-dentaire.

Cette distinction entre les deux actes permettrait d'évaluer l'évolution de comportements de la population en terme de suivi des recommandations et particulièrement celle concernant la visite annuelle chez un chirurgien-dentiste.

Cet examen annuel de prévention serait dédié à l'évaluation de l'état de santé bucco-dentaire, des besoins en soins préventifs et/ou curatifs, de l'évaluation du risque carieux et d'une phase de conseils liés aux comportements du patient.

Parallèlement à la mise en place de ce nouvel acte, il serait important que les pouvoirs publics, notamment l'Assurance Maladie et l'agence Santé Publique France, mettent en place des campagnes de communication et de promotion de cet examen annuel de prévention bucco-dentaire. Le bucco-dentaire est systématiquement oublié dans les campagnes grand public et n'a fait l'objet d'aucune campagne de promotion par l'INPES.

Il serait également intéressant d'envoyer une invitation écrite, sur le principe du dépistage de certains cancers, aux Français lors de dates anniversaires clefs qui correspondent à des risques parfaitement identifiés :

- 35 ans, pour une identification particulière du risque parodontal et un dépistage précoce des cancers buccaux
- 55 ans, pour un bilan des besoins prothétiques, afin de s'assurer d'un vieillissement en bonne santé
- 75 ans, pour une évaluation des capacités masticatoires, élément majeur de lutte contre la dépendance.

**Proposition n°6**

**Prévention du risque carieux : Elargissement de la prise en charge des scellements de sillons aux autres dents cuspidées définitives (prémolaires).**

L'efficacité du scellement des sillons des molaires permanentes à base de résine a été démontrée, avec un haut niveau de preuve et un niveau d'efficacité élevé, ce qui a conduit à sa prise en charge actuelle et à la recommandation de son utilisation dans la stratégie de prévention de la carie dentaire établie par la HAS. De plus, de nombreuses études internationales ont mis en évidence l'efficacité des scellements de sillons pour l'ensemble des dents cuspidées permanentes, à savoir les molaires et les prémolaires. Or à ce jour, cet acte préventif n'est pas pris en charge lors de sa réalisation sur les prémolaires, ce qui est regrettable notamment chez les personnes présentant un Risque Carieux Individuel (RCI) élevé. L'UFSBD demande donc que cet acte soit élargi aux prémolaires.

De plus, deux hérésies d'un point de vue scientifique existent aujourd'hui dans la CCAM (classification commune des actes médicaux) concernant la prise en charge des scellements de sillons :

- la limite d'âge à 14 ans, alors que la littérature montre qu'il s'agit d'un acte préventif efficace chez les adultes. Il serait donc logique et utile de supprimer cette limite d'âge en réservant leur prise en charge aux personnes présentant un risque carieux élevé.
- le fait que cet acte ne soit pris en charge qu'une seule fois par dent. Il s'agit d'une limitation qui n'existe que pour cet acte et qui n'est ni cohérente, ni justifiée scientifiquement. En effet, un scellement de sillons réalisé à 6 ans sur une 1<sup>ère</sup> molaire chez un enfant ayant un risque carieux élevé, peut avoir disparu à 12 ans (usure, décollement, ...) et être totalement justifié médicalement de nouveau à 12 ans, notamment si l'enfant a toujours un risque carieux élevé.

**Proposition n°7**

**Prévention du risque carieux : Prise en charge de la réalisation de vernis fluorés pour certaines indications**

**Dans une démarche coût efficacité en référence au nombre de visites recommandées aux sujets à Risque Carieux Individuel (RCI) élevé, 2 applications annuelles seraient recommandées.**

Prise en charge de la réalisation de vernis fluorés pour certaines indications

- Application dentaire d'un vernis de reminéralisation sur une arcade chez les patients présentant des lésions carieuses réversibles
- Application topique intra-buccale de fluorures chez des patients présentant un risque carieux individuel élevé (RCI)

Le traitement conventionnel (réalisation d'une cavité puis d'une obturation) des lésions débutantes carieuses n'est plus d'actualité pour la communauté scientifique.

Les Fluorures sont souvent indiqués, car ils limitent la déminéralisation et favorisent la reminéralisation.

Ces propositions d'actes, inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux, ne bénéficient d'aucune prise en charge par l'Assurance Maladie alors que la littérature scientifique a validé leur efficacité.

Les vernis fluorés représentent une technique « cario préventive » efficace en denture temporaire et en denture définitive. Ils doivent être appliqués à tous les âges chez le sujet à risque carieux élevé (RCI) de préférence 2 fois par an.

**Proposition n°8**

**Prévention, évaluation et traitement du risque parodontal : renomination et revalorisation de l'acte de détartrage, prise en charge du bilan parodontal et prise en charge de la maintenance parodontale.**

Touchant près de 80 % des adultes, les maladies parodontales sont des maladies inflammatoires d'origine infectieuse qui aboutissent à la destruction des tissus de soutien des dents. Méconnues du grand public, trop souvent négligées, elles peuvent avoir un impact sur la santé, révélant ou aggravant certaines pathologies. D'où l'importance d'un dépistage précoce avec mise en place d'un traitement efficace ou, mieux, d'une prévention adaptée.

**Le bilan parodontal** fait désormais partie de la CCAM même si il ne bénéficie d'aucune prise en charge par l'Assurance Maladie à ce jour. De plus, aucun référentiel précis n'a été établi par rapport à ce code CCAM.

Plusieurs pays ont mis en place une évaluation de la santé parodontale à partir de l'index DPSI avec enregistrement des données et information du patient. Cet index international constitue un indicateur fiable, rapide et aisé à mettre en oeuvre ainsi qu'un outil de communication patient efficace.

Sa prise en charge annuelle pourrait être instaurée à partir de l'âge de 15 ans et devenir ainsi la norme dans notre pays également.

En complément d'une hygiène bucco-dentaire efficace, **l'acte de détartrage** constitue la mesure préventive la plus efficace contre l'apparition des maladies parodontales. Cependant, l'insuffisance de sa cotation par l'Assurance Maladie à l'heure actuelle ne permet pas aux praticiens de réaliser cet acte selon les données acquises de la science en consacrant le temps nécessaire à l'élimination du biofilm, du tartre et au polissage de l'ensemble des dents.

Nous préconisons, en plus de sa revalorisation tarifaire, une nouvelle dénomination de cet acte en « **nettoyage prophylactique professionnel** » ainsi qu'une cotation par quadrant et non par séance et/ou arcade.

**Proposition n°8 (suite)**

**A l'issue du traitement** des maladies parodontales, il est indispensable de mettre en place une maintenance professionnelle régulière.

La maintenance a pour objectif de prévenir les récurrences des maladies parodontales.

Le suivi fait partie du traitement des parodontites et permet de pérenniser les résultats thérapeutiques. La maintenance est capitale pour éviter les récurrences. Elle inclut un bilan parodontal, un détartrage avec polissage, les rappels et l'accompagnement de la réalisation de la technique de brossage appropriée.

La fréquence des visites de maintenance est adaptée à l'état parodontal de chaque patient, à sa capacité à éliminer la plaque dentaire. La fréquence moyenne s'établit entre une visite trimestrielle et semestrielle en fonction du « risque parodontal ». Cet acte doit être inscrit à la CCAM et pris en charge pour une optimisation du traitement parodontal.

**Proposition n°9**

**Création de séances d'éducation thérapeutique avec évaluation des risques carieux et parodontaux sur des populations cibles**

3 publics cibles :

- Patients diabétiques de type 2
- Patients avant mise en place d'un traitement par biphosphonates
- Patients atteints d'un cancer

Mise en œuvre du programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) :

Trois séances d'ETP, d'une durée de 30 minutes chacune, aux objectifs spécifiques, devront être mises en place pour ces patients à risque.

L'éducation thérapeutique du patient 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. Les processus généraux d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont parfaitement applicables aux actions bucco-dentaires. L'intégration de la santé bucco-dentaire dans la démarche d'ETP est à double sens : le chirurgien-dentiste doit pouvoir inscrire sa démarche éducative dans une perspective globale de soins, incluant les autres pathologies dont souffre le patient ; et les médecins engagés dans une démarche éducative avec leur patient doivent y intégrer une dimension de santé bucco-dentaire.

L'ETP en santé bucco-dentaire ne diffère pas de celle appliquée aux pathologies chroniques. Elle impose un diagnostic éducatif, insistant sur les représentations du patient vis-à-vis de ses dents et de sa bouche. La notion de contrat éducatif est complètement intégrée à la démarche du chirurgien-dentiste car ce dernier ne peut pratiquer certains soins que sur des bouches à l'hygiène parfaite. Il s'agit donc pour le patient de s'engager à maintenir ou à acquérir cette hygiène, en échange de quoi le chirurgien-dentiste pourra intervenir.

La véritable évolution que représente l'ETP est de placer le patient au centre du dispositif de soins dès l'élaboration d'objectifs pédagogiques. Le professionnel s'abstient de fixer a priori ce que le patient doit apprendre et c'est dans les échanges avec le patient que sera bâti le programme éducatif.

**Proposition n°10**

**Prise en charge des patients présentant un handicap ou souffrant de dépendance :  
Création de modificateurs spécifiques pour la « dépendance » et le « Handicap » dans la  
CCAM**

Il est essentiel que la tarification des actes évolue et tienne compte des moyens matériels et surtout humains engagés pour prendre en charge dans de bonnes conditions les personnes handicapées et dépendantes au cabinet dentaire.

Toutes les études menées sur la population de patients handicapés en échec de soins en milieu ordinaire mettent en évidence l'importance du tenir compte de la temporalité dans la qualité du soin apporté. Il est important que le chirurgien-dentiste puisse prendre le temps nécessaire à la prise en charge des patients handicapés et en grande dépendance dans son cabinet, mais pour cela il est nécessaire que ce temps passé soit valorisé.

Ainsi la mise en place de modificateurs en fonction du taux d'incapacité (handicap) ou du score GIR (dépendance) permettront de moduler la tarification des actes en fonction de la « dépendance » du patient.



**Proposition n°11**

**Prise en charge du MEOPA (technique de sédation consciente) dans les cabinets dentaires**

Il est essentiel de créer une cotation dans la CCAM pour la prise en charge des patients sous MEOPA.

Le MEOPA est un acte médical à part entière. Récemment autorisé dans les cabinets libéraux, il ne bénéficie d'aucune prise en charge. Cela limite son utilisation, malgré une efficacité reconnue. Il permet de réaliser des soins sur les patients qui ont des difficultés comportementales importantes, personnes handicapées, très jeunes enfants et patients phobiques. De fait, son utilisation permet d'éviter le recours à l'anesthésie générale systématique en cas d'échec des thérapeutiques ordinaires. Cet acte est sans risque pour le patient. Il représente une excellente alternative à l'Anesthésie Générale, plus risquée pour le patient et plus onéreuse pour l'Assurance Maladie. Malheureusement, son coût non négligeable incombe au patient. Sans prise en charge, seuls les patients les plus aisés peuvent en bénéficier.

La cotation de cet acte permettra aussi d'avoir une approche plus préventive avec ces patients difficiles, de limiter le recours aux soins et de préserver leur santé bucco-dentaire efficacement en leur permettant d'accéder à une prise en charge précoce si nécessaire, là où, pour le moment, ils sont en abandon de soins. On constate actuellement, dans la pratique courante, un retard dans la prise en charge de ces patients : les examens et soins hors anesthésie générale (AG) étant souvent inenvisageables, et l'AG présentant un risque non négligeable, il est souvent décidé d'attendre que la situation soit réellement préoccupante en termes de santé pour décider la prise en charge sous anesthésie générale.